



# ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมมานนิตย์

ครั้งที่ ๑

เรื่อง

Palliative Care กับการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์


โดย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี

ศูนย์บริรักษ์ ศิริราช

(Siriraj Palliative Care Center)

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



ปาฐกถาเกียรติยศ  
สุมาลี นิมนานนิตย์

ครั้งที่ ๑

เรื่อง

Palliative Care กับการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

โดย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี

วันพุธ ที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๕๒

ณ ห้องประชุมมอทิทยาทรกิติคุณ  
ตึกสยามินทร์ โรงพยาบาลศิริราช



## คำปรารภ

ผมรู้สึกประทับใจเป็นอย่างยิ่งที่ได้ทราบว่า คณะกรรมการดำเนินการ Palliative Care คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้ริเริ่มจัดงาน Siriraj Palliative Care Day ตั้งแต่ปีพ.ศ.2550 เป็นต้นมา เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการจัดงาน World Hospice and Palliative Care Day ซึ่งจัดพร้อมกันทั่วโลกในสัปดาห์ที่ 2 ของเดือนตุลาคมเป็นประจำทุกปี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประชาสัมพันธ์และสื่อสารให้ประชาคมศิริราชและสังคมเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของ Palliative care ที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว และกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย Palliative care ของสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งประชาสัมพันธ์และเผยแพร่กิจกรรมและโครงการด้าน Palliative Care ที่ดำเนินการในโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งในปีนี้มีกำหนดจัดงาน Siriraj Palliative Care Day 2009 ระหว่างวันที่ 7-9 ตุลาคม 2552 และที่ผมรู้สึกยินดีเป็นพิเศษคือ ในปีนี้คณะกรรมการดำเนินการ Palliative Care โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประจำคณะฯ ได้มีมติให้มี “ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมมานนิตย์” ขึ้นเป็นครั้งแรก เพื่อเป็นปาฐกถานำในการจัดงานดังกล่าว และจะจัดให้มีปาฐกถานี้เป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นเกียรติแก่ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมมานนิตย์ ผู้บุกเบิกงานด้าน Palliative care และ End-of-life care ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยเฉพาะในปีแรกนี้ เป็นการเหมาะสมอย่างยิ่งที่ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการรณรงค์ให้วงการแพทย์ตระหนักถึงความสำคัญของการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์จะได้ให้เกียรติแสดง “ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมมานนิตย์” เรื่อง “Palliative Care กับการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์” ในวันที่

ชื่อหนังสือ : ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมมานนิตย์  
จำนวนหน้า : 74 หน้า  
พิมพ์ครั้งที่ 1 : จำนวน 1,000 เล่ม  
เดือน/ปีที่พิมพ์ : ตุลาคม 2552  
ISBN : 978-974-11-1192-3  
พิมพ์ที่ : บริษัท ปริ้นท์โอโซน จำกัด

### สงวนลิขสิทธิ์

ห้ามคัดลอก ถ่ายภาพ ถ่ายเอกสาร ทำสำเนา จัดเก็บหรือพิมพ์ขึ้นใหม่ ด้วยวิธีการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเพียงบางส่วน หรือทั้งหมดของหนังสือเล่มนี้โดยไม่ได้รับอนุญาต

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ เป็นครูแพทย์ที่ยิ่งใหญ่ ผลงานการสอนอันโดดเด่นของท่าน การให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำแก่ศิษย์ รวมทั้งความสนใจอย่างลึกซึ้งที่ท่านมีต่อแพทยศาสตร์ศึกษาเป็นที่ปรากฏชัด จนทำให้ท่านได้รับรางวัลที่เกี่ยวข้องกับความเป็นครูแพทย์อย่างมากมาย ตัวอย่างเช่น รางวัลทุน "เจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี" รางวัลอาจารย์ดีเด่นของสภาอาจารย์ศิริราช และรางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาความเป็นครู นอกจากนี้ท่านยังเป็นผู้บริหารที่มีคุณธรรม มีวิสัยทัศน์ และมีผลงานเป็นที่ปรากฏ ในช่วงที่ท่านดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ระหว่างปีพ.ศ.2540-2544

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ มีความสนใจในธรรมะอย่างลึกซึ้ง โดยท่านได้ศึกษาและปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานอย่างจริงจัง และท่านยังได้แนะนำชักชวนอาจารย์แพทย์ผู้ร่วมงาน และผู้ใกล้ชิดทั้งภายในและภายนอกคณะฯ ให้มีโอกาสได้ปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานด้วยเป็นจำนวนมาก ท่านเป็นผู้ผลักดันให้เกิดโครงการ "ศึกษาและปฏิบัติธรรมเพื่อพัฒนาจิตและคุณธรรม-จริยธรรม" สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 ซึ่งจัดเป็นประจำทุกปีจนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ท่านยังเป็นผู้ริเริ่มจัดให้มีการฝึกวิปัสสนากรรมฐานสำหรับพยาบาล ซึ่งต่อมาได้พัฒนามาเป็นโครงการ "พัฒนาจิตให้เกิดปัญญาและสันติสุข" สำหรับบุคลากรของคณะฯ ในปัจจุบัน

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ มีความสนใจอย่างมากในเรื่อง Palliative care และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ท่านเห็นว่าแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ต้องดูแลทั้งกายและใจของผู้ป่วย และต้องดูแลผู้ป่วยให้ 'ตายดี' และ 'ตายเป็น' ด้วย ท่านจึงริเริ่มจัดการประชุมเชิงปฏิบัติเรื่อง "การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ" และ "End-of-life care" สำหรับอาจารย์แพทย์ ซึ่งต่อมาได้พัฒนามาเป็นส่วนหนึ่งของโครงการอบรม "อาจารย์แพทย์สู่ความเป็น

เลิศ" ในปัจจุบัน และยังได้ขยายผลไปสู่การจัดอบรมให้แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ของสถาบันอื่นๆ อีกด้วย นอกจากนี้ ท่านยังสนับสนุนให้อาจารย์แพทย์และพยาบาล ซึ่งมีโอกาสฝึกปฏิบัติและเห็นประโยชน์ของวิปัสสนากรรมฐาน จัดทำโครงการ "รักษาใจยามเจ็บป่วย" ตั้งแต่พ.ศ.2548 เพื่อเตรียมความพร้อมและคลายทุกข์ทางใจของผู้ป่วยหนัก โดยให้เจริญสติและสมาธิให้เกิดปัญญา รู้เท่าทันโลกและชีวิตตามจริง ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วย และยังคงดำเนินงานมาจนถึงปัจจุบัน

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ เป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนให้อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ของคณะฯ มีความรู้ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของ Palliative care ที่มีต่อผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต และท่านได้มีส่วนสำคัญในการเริ่มต้นผลักดันจนคณะกรรมกรประจำคณะฯ เห็นชอบให้ประกาศนโยบาย Palliative Care ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ.2550

ในระยะท้ายของชีวิต ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ ป่วยด้วยโรคมะเร็ง แม้จะป่วยด้วยโรคร้าย แต่ท่านมิได้พรั่นพรึงต่อทุกขเวทนาและความตาย ท่านกลับยิ่งทุ่มเททั้งแรงกายแรงใจ ทำหน้าที่การงานต่างๆ เพื่อประโยชน์ของส่วนรวมอย่างไม่ย่อท้อ ผลงานสุดท้ายของท่านคือการผลักดันให้มีอาสาสมัครของภาควิชาอายุรศาสตร์ ทั้งจากบุคคลภายนอกและบุคลากรภายในโรงพยาบาล เพื่อเป็นเพื่อนทุกข์สำหรับผู้ป่วย ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญให้คณะฯ นำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบจิตอาสาต่อไป ดังนั้น สิ่งที่ท่านสอนพวกเราคือ ตลอดชีวิตของท่าน ท่านได้แสดงตัวอย่างจากของจริง ให้ผู้ใกล้ชิดและศิษย์ของท่านได้เห็น ว่า ทำอย่างไรจึงเรียกว่า 'อยู่เป็น' 'ตายเป็น' และ 'ตายดี'

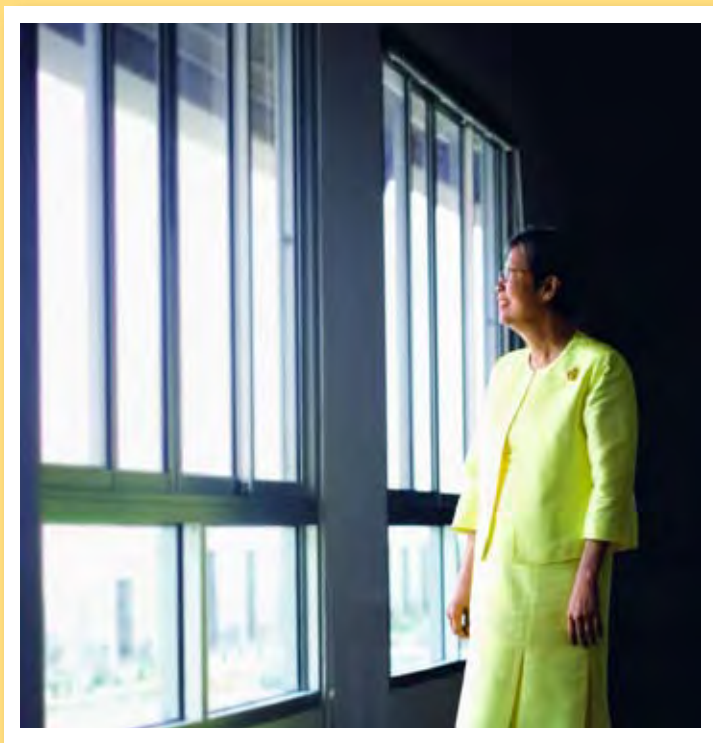


ดังนั้น ผมจึงขอขอบคุณศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์  
ประเวศ วะสี ซึ่งจะได้แสดงปาฐกถาเกียรติยศเรื่อง “Palliative Care  
กับการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์” ในวาระสำคัญนี้ ขอ  
ขอบคุณคณะกรรมการดำเนินการ Palliative Care และคณะกรรมการ  
อำนวยการจัดงาน Siriraj Palliative Care Day 2009 ที่ได้จัดงานอัน  
ทรงคุณค่าครั้งนี้ และขออวยพรให้การจัดงานครั้งนี้บรรลุผลสมดัง  
วัตถุประสงค์ทุกประการ

ธช

ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์  
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล





ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานิตย์  
ผู้บุกเบิก Palliative Care ในศิริราช

## ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ ผู้บุกเบิก Palliative Care ในศิริราช

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ เกิดเมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2484 ท่านเข้าเรียนแพทย์ สอบข้ามฟาก มาเป็นแพทย์ศิริราช รุ่นที่ 70 และจบแพทยศาสตรบัณฑิตเมื่อ พ.ศ.2508 ท่านได้เดินทางไปฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางหลังจากจบ แพทยศาสตรบัณฑิต ได้รับ American Board of Internal Medicine และ Certificate of Nephrology Fellowship เมื่อพ.ศ.2515 และกลับมาเป็นอาจารย์ในสาขาวิชาวัชกะวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลตั้งแต่พ.ศ.2516

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ เป็น ครูแพทย์ที่ให้ความรู้ คำปรึกษา ให้ความเอาใจใส่แก่ศิษย์อย่างเสมอ ดันเสมอปลาย เป็นที่ปรากฏ จนได้รับรางวัลทุน “เจ้าพระยาพระเสด็จ สุเรนทราธิบดี” พ.ศ.2525 รางวัลอาจารย์ดีเด่นของสภาอาจารย์ศิริราช พ.ศ.2539 และรางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาความเป็นครู พ.ศ.2542 และท่านดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์หญิง คนแรก ระหว่างปีพ.ศ.2540-2544

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ เริ่ม ฝึกปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานกับคุณแม่สิริ กรินชัย เป็นครั้งแรกตั้งแต่ พ.ศ.2531 โดยได้รับการชักชวนจากคนในครอบครัว และอยากทดลอง เนื่องจากเห็นหลานเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นหลังจากการ ฝึกปฏิบัติฯ หลังจากนั้นท่านมีความสนใจในธรรมะอย่างลึกซึ้ง จึงได้ ศึกษาและปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานอย่างจริงจัง ด้วยความศรัทธา เห็น คุณค่า และด้วยเมตตาธรรม ท่านจึงได้แนะนำชักชวนอาจารย์แพทย์

ผู้ร่วมงาน และผู้ใกล้ชิดทั้งภายในและภายนอกคณะฯ ให้มีโอกาสดำเนินปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานด้วยเป็นจำนวนมาก ท่านผลักดันให้เกิดโครงการ “ศึกษาและปฏิบัติธรรมเพื่อพัฒนาจิตและคุณธรรม-จริยธรรม” สำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 ซึ่งจัดเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่พ.ศ.2541 นอกจากนั้น ท่านยังเป็นผู้ริเริ่มจัดให้มีการฝึกวิปัสสนากรรมฐานสำหรับพยาบาลอายุรศาสตร์ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยหนักมีสติและจิตใจที่มั่นคง ซึ่งต่อมาได้พัฒนามาเป็นโครงการ “พัฒนาจิตให้เกิดปัญญาและสันติสุข” สำหรับบุคลากรของคณะฯ ในปัจจุบัน และท่านยังสนับสนุนให้พยาบาลอายุรศาสตร์และอาจารย์แพทย์ ซึ่งมีโอกาสฝึกปฏิบัติฯ และเห็นประโยชน์ของวิปัสสนากรรมฐาน จัดทำโครงการ “รักษาใจยามเจ็บป่วย” ตั้งแต่พ.ศ.2548 เพื่อเตรียมความพร้อมและคลายทุกข์ทางใจของผู้ป่วยหนัก โดยการพูดคุยเรื่องความเจ็บป่วย เดินจงกรม กำหนดลมหายใจ เจริญสติและสมาธิให้เกิดปัญญา รู้เท่าทันโลกและชีวิตตามจริง

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ มีความสนใจอย่างมากในเรื่อง การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ, Palliative care และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ท่านเห็นว่า แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ตายต้องมีทักษะในการพูด การถ่ายทอด การถาม การฟังอย่างใส่ใจ การใช้ภาษากายและภาษาพูด มีจิตใจที่ตั้งมั่น มีสติที่ไว มีความสังเกต ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น มีไหวพริบปฏิภาณ สำนัญสำนึก “รู้เขารู้เรา” และ “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” นอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้ว แพทย์ต้องดูแลรักษาใจที่ป่วย และดูแลผู้ใกล้ตายให้ ‘ตายดี’ และ ‘ตายเป็น’ ด้วย ท่านจึงจัดให้มีการอบรมแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์เรื่อง “การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ” เป็นประจำทุกปี ตั้งแต่พ.ศ.2544 และได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติเรื่องนี้สำหรับอาจารย์ของคณะฯ ในปีเดียวกัน ท่านริเริ่มจัดการประชุมเชิงปฏิบัติเรื่อง “End-of-life care” สำหรับอาจารย์ของภาควิชาที่มีการฝึก

อบรมแพทย์ประจำบ้านเมื่อพ.ศ.2546 ขึ้นเป็นครั้งแรก ซึ่งคณะฯเห็นความสำคัญและได้นำหัวข้อนี้มาผนวกเข้ากับการอบรมอาจารย์เรื่อง “การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ” ในเวลาต่อมา และยังได้ขยายผลไปสู่การจัดอบรมให้แก่สมาชิกของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และอาจารย์แพทย์ของสถาบันอื่นๆ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่รังไข่ ตั้งแต่พ.ศ.2548 แม้จะป่วย ท่านกลับยิ่งทุ่มเททั้งแรงกาย แรงใจ ทำหน้าที่การงานต่างๆ อย่างไม่ย่อท้อ งานสุดท้ายของท่านคือการผลักดันให้มี “อาสาสมัคร” ทั้งจากบุคคลภายนอกและบุคลากรภายใน เพื่อเป็นเพื่อนทุกข์สำหรับผู้ป่วยของภาควิชาอายุรศาสตร์

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ ถึงแก่กรรมอย่างสงบ ที่โรงพยาบาลศิริราช เมื่อวันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2550 สิริอายุรวม 66 ปี



คำกล่าวสุดท้ายของ  
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์  
เกี่ยวกับ Palliative Care  
เมื่อวันที่ 6 กันยายน 2550

---

“Palliative care เป็นคำที่ใช้กันมานาน แต่ก็เกิดความสับสน  
แยะ ในสมัยแรกก็ทำเป็น dichotomy คือ คนไข้จะตาย แล้วก็ค่อย  
เข้าไป palliative care หรือ hospice ทำให้เข้าใจผิดกันมาตลอดว่าจะ  
ต้องเป็นอย่างนั้น แต่ที่จริงแล้วมันมีวิวัฒนาการกันมาตลอด ถ้าไปดูจะ  
เห็นว่า ในที่สุด concept ของ palliative care คือ relief suffering และ  
improve quality of life ซึ่งไม่มีคนไข้คนไหนไม่ต้องการเลย แม้กระทั่ง  
คนไข้ปวดหัว เพราะฉะนั้น palliative care เป็นสิ่งที่คนไข้ทุกคน  
ต้องการ...ต้องการให้ทีมรักษาช่วยในทุกๆ ด้าน... physical,  
psychological, social และ spiritual ที่เป็น holistic care

Palliative care เป็นหน้าที่ของทุกๆ คนในทีมรักษา โดยเฉพาะแพทย์ทุกแขนงสาขาวิชาจะละเลยสิ่งนี้ได้ และถ้าเราทำ  
palliative care แล้ว นี่คือการดูแลรักษาอย่างมีมนุษยธรรม มันคือ  
humanized medicine นั่นเอง ไม่ต้องไปหารูปแบบใหม่ ไม่ต้องไปหา  
วิธีการใหม่...เสียเวลา เพราะฉะนั้น ขอให้ศิริราชได้ตระหนักถึงสิ่งนี้  
โดยเฉพาะแพทย์ และให้การดูแลรักษาแบบนี้

Palliative care นั้นมี spectrum กว้างมาก ตั้งแต่การ  
support ด้านจิตใจทั่วไป จนถึง end-of-life care ซึ่งหมดทุกๆ คนต้อง  
ทำเป็น และฝึกตัวเองให้ทำเป็น เราจะทำได้ทั้ง holistic, humanized...  
ต่างๆ ทุกอย่าง มันจะเบ็ดเสร็จอยู่ในตัวของ palliative care เพราะ  
ฉะนั้น ขอให้ศิริราชได้เป็นจุดเริ่มต้นในสิ่งเหล่านี้ แล้วแพร่หลายไปให้  
เกิดประโยชน์กับมนุษยชาติ โดยเฉพาะคนไข้ ขอฝากไว้...และขอให้  
ช่วยกันทำให้สำเร็จในทุกๆ ด้าน...”

## ประวัติ

### ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี



**ชื่อ** นายแพทย์ประเวศ วะสี (Professor Dr. Prawase Wasi)

**วัน เดือน ปีเกิด** 5 สิงหาคม 2474

**คุณวุฒิ** พ.บ.(เกียรตินิยมเหรียญทอง) จากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ (มหิดล)  
ปริญญาเอก (Ph.D.) จากมหาวิทยาลัยโคโลราโด ประเทศสหรัฐอเมริกา  
มนุษย์พันธุศาสตร์ (Human Genetics) จากมหาวิทยาลัยลอนดอน ประเทศอังกฤษ  
คณาจารย์บัณฑิตศึกษาศาสตร์จากมหาวิทยาลัยเมอร์ดอค, รามคำแหง, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

#### ประวัติการรับราชการ

- พ.ศ.2504 อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- พ.ศ.2519 ศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- พ.ศ.2527 ศาสตราจารย์ระดับ 11 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- พ.ศ.2522-26 รองอธิการบดีฝ่ายพัฒนาและวางแผน มหาวิทยาลัยมหิดล
- พ.ศ.2528-30 หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- พ.ศ.2535 เกษียณอายุราชการ

**ตำแหน่งปัจจุบัน** ศาสตราจารย์เกียรติคุณ

**หน่วยงาน** สาขาวิชาโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทย-  
ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**สถานที่ติดต่อ** อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 13 รพ.ศิริราช เขต  
บางกอกน้อย กทม.10700  
โทรศัพท์ 0-2419-7000 ต่อ 4481 โทรสาร 0-2412-9783

**ที่อยู่** 84 ซอยสมเด็จพระปิ่นเกล้า 5 ถนนสมเด็จพระปิ่นเกล้า  
แขวงบางยี่ขัน เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700  
โทร. 0-2424-7697

**ตำแหน่งปัจจุบัน** (ทั้งภาครัฐและเอกชน)

- ประธานกรรมการมูลนิธิเด็ก
- ประธานกรรมการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
- ประธานกรรมการมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา
- ประธานที่ปรึกษามูลนิธิหมอชาวบ้าน
- ประธานกองทุนสมานฉันท์แห่งชาติ
- รองประธานกรรมการมูลนิธิสวดศรีสุทนต์วิวงศ์
- กรรมการมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์
- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิสภามหาวิทยาลัยมหิดล, จุฬา, ธรรมศาสตร์,  
สงขลานครินทร์, ศรีนครินทรวิโรฒ, วิทยาลัยราชภัฏ
- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ
- กรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

**ตำแหน่งและประสบการณ์ในอดีต** (ทั้งภาครัฐและเอกชน)

- รองอธิการบดีฝ่ายพัฒนาและวางแผน มหาวิทยาลัยมหิดล
- หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข  
กระทรวงสาธารณสุข

ประธานคณะกรรมการ แผนกแพทยศาสตร์ มูลนิธิ “อานันท์มหิดล”  
กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิสำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ  
กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ  
ประธานคณะกรรมการวิจัยสุขภาพ องค์การอนามัยโลก ภูมิภาค  
เอเชียอาคเนย์  
ประธาน และรองประธาน หรือกรรมการขององค์กรต่างๆ กว่า 10  
แห่ง

**เครื่องราชอิสริยาภรณ์ที่ได้รับ**

- |                 |                                       |
|-----------------|---------------------------------------|
| 5 ธันวาคม 2509  | จัตุรถาภรณ์ช้างเผือก (จ.ช.)           |
| 5 พฤษภาคม 2511  | ตติยจุลจอมเกล้าวิเศษ                  |
| 5 ธันวาคม 2511  | ตริตาภรณ์มงกุฎไทย (ต.ม.)              |
| 5 ธันวาคม 2513  | ตริตาภรณ์ช้างเผือก (ต.ช.)             |
| 5 พฤษภาคม 2515  | ทุติยจุลจอมเกล้า                      |
| 5 ธันวาคม 2515  | ทิวติยาภรณ์มงกุฎไทย (ท.ม.)            |
| 5 ธันวาคม 2520  | ทิวติยาภรณ์ช้างเผือก (ท.ช.)           |
| 5 ธันวาคม 2523  | ประถมาภรณ์มงกุฎไทย (ป.ม.)             |
| 5 ธันวาคม 2526  | ประถมาภรณ์ช้างเผือก (ป.ช.)            |
| 5 พฤษภาคม 2527  | ทุติยจุลจอมเกล้าวิเศษ                 |
| 25 สิงหาคม 2527 | เหรียญรัตนาภรณ์                       |
| 5 ธันวาคม 2529  | มหาวชิรมงกุฎ (ม.ว.ม.)                 |
| 5 ธันวาคม 2534  | มหาปรมาภรณ์ช้างเผือก (ม.ป.ช.)         |
| 5 ธันวาคม 2546  | จตุตถดิเรกคุณาภรณ์ (ชั้นที่ 4) (จ.ภ.) |

**รางวัลและเกียรติยศ**

พ.ศ.2500 ได้รับพระราชทานทุนส่วนพระองค์ และต่อมาทุน  
มูลนิธิ “อานันท์มหิดล” ไปศึกษาต่างประเทศ

- พ.ศ.2512 ได้รับรางวัลเจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดีใน  
ฐานะครูแพทย์ที่ดี
- พ.ศ.2524 ได้รับรางวัลแมกไซไซ สาขาบริการรัฐ
- พ.ศ.2526 ได้รับรางวัลนักวิทยาศาสตร์ดีเด่น ประจำปี 2526
- พ.ศ. 2528 ได้รับเหรียญดุษฎีมาลาเข็มศิลปวิทยา
- พ.ศ.2528 ได้รับเลือกเป็นบุคคลดีเด่นของชาติ สาขาการแพทย์
- พ.ศ.2531 ได้รับเลือกเป็นนักวิทยาศาสตร์ดีเด่นแห่งชาติ  
สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์
- พ.ศ.2533 ได้รับเหรียญเชิดชูเกียรติ “Tobacco or Health”  
ของ WHO
- พ.ศ.2541 ได้รับเหรียญรางวัลบุคคลที่มีผลงานดีเด่นด้าน  
การวิจัยและนวัตกรรมทางการศึกษา  
(Comenius) จาก UNESCO, ปารีส
- พ.ศ.2546 ได้รับโล่รางวัล “มหิตลวราวุฒสรณ์” ประจำปี 2546  
จากสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ใน  
พระบรมราชูปถัมภ์
- พ.ศ.2549 เหรียญรางวัลผู้นำดีเด่นจาก Asia-Pacific  
Academic Consortium for Public Health

#### ผลงานในวิชาชีพ

เสนอผลงานทางวิชาการในต่างประเทศกว่า 60 ครั้ง  
ตีพิมพ์บทความทางวิชาการในวารสารต่างประเทศ 133 เรื่อง  
ตีพิมพ์บทความทางวิชาการในวารสารไทย 60 เรื่อง  
เขียนบทความทางวิชาการและเรื่องต่างๆ 140 เรื่อง  
เขียนบทความทั่วไปจำนวนมาก

ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมมานนิตย์  
เรื่อง  
Palliative Care กับการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์  
โดย  
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี

ปาฐกถาเกียรติยศ สุมาลี นิมมานนิตย์  
เรื่อง  
Palliative Care กับการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์  
โดย  
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี

อุทิศนำ

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุมาลี นิมมานนิตย์ อดีตหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบในหน้าที่สูง ทั้งต่อการสอนนักศึกษา การดูแลผู้ป่วย และงานวิชาการ เป็นผู้ยึดมั่นในความดี ต่อมาสนใจในการเจริญสติ และฝึกเจริญสติ จนถึงกับกล่าวว่าการเกิดมาเป็นมนุษย์ถ้าไม่มารู้จักการเจริญสติก็จะเสียชาติเกิด เธอได้ชักนำอาจารย์รุ่นน้องที่ศิริราชให้หันมาสนใจเรื่องการพัฒนาจิต และเป็นผู้ริเริ่มส่งนักศึกษาแพทย์ใหม่ทั้งชั้นไปฝึกการเจริญสติก่อนเปิดเทอมแรก ซึ่งคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลยังถือปฏิบัติมาจนทุกวันนี้ อาจารย์สุมาลีเป็นอาจารย์สาขาวิชาโรคไต แต่ได้ให้ความสนใจเรื่อง Palliative Care เป็นอย่างมาก เพราะเป็นการดูแลที่มีมิติทางจิตวิญญาณสูง และเห็นว่า Palliative Care ไม่น่าจะจำกัดอยู่เฉพาะห้องไตห้องหนึ่ง แต่ควรจะบูรณาการอยู่ในการดูแลรักษาคนไข้โดยทั่วไป ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุมาลี นิมมานนิตย์ เป็นตัวอย่างของครูแพทย์ที่ลูกศิษย์ลูกหาและเพื่อนร่วมงานภูมิใจ เพื่อเป็นเครื่องระลึกถึงคุณงามความดีของศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุมาลี นิมมานนิตย์

ผมขอแสดงปาฐกถาเรื่อง Palliative Care กับการแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ดังต่อไปนี้

สุขภาพเสีย  
สุขภาพดี

นิยามโรคได้ชัดเจน นิยามโรคไม่ได้ชัดเจนหรือไม่รู้สาเหตุ

รูปที่ ๑ โรคที่นิยามได้ชัดเจนเป็นเพียงส่วนน้อยของพื้นที่ของสุขภาพทั้งหมด

## มโนทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพ

การที่จะทำอะไรให้มีพลัง แนวคิด (คอนเซ็ปต์) หรือมโนทัศน์ว่าสิ่งนั้นคืออะไร มีความสำคัญมาก เพราะถ้ามโนทัศน์แคบ การกระทำที่ตามมาก็เล็ก หรือเป็นบางส่วน นำไปสู่ความติดขัดและอ่อนโรย

ในการแพทย์สมัยใหม่ได้มีการนำเทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์เข้ามาใช้มาก ซึ่งก่อให้เกิดผลดีหลายอย่าง แต่ก็มีส่วนทำให้การมองเรื่องสุขภาพเฉไป นำไปสู่ข้อจำกัดและความติดขัด นั่นคือนำไปสู่แนวคิดเรื่อง**สุขภาพโดยเอาโรคเป็นตัวตั้ง** (Disease-oriented Health) ซึ่งเราอาจไม่รู้สึกรู้ว่าแปลกประหลาดอะไร เพราะเราคิดอย่างนั้นจนคุ้นเคยเป็นอัตโนมัติ นั่นคือ

**การเป็นโรค ทำให้สุขภาพไม่ดี**

**สุขภาพดีคือ การไม่มีโรค**

เราก็เห็นด้วยทันที เพราะเราคิดอย่างนั้นอยู่แล้วจนเป็นนิสัย จนไม่ตั้งคำถามว่าจริงหรือเปล่า หรือดีหรือเปล่า

แต่ถ้าสังเกตให้ดี ๆ ในเวชปฏิบัติ มีผู้ป่วยส่วนน้อยเท่านั้นที่แพทย์สามารถนิยามโรคได้ชัดเจน (Well-defined) ส่วนใหญ่นิยามโรคไม่ได้ชัดเจน หรือไม่รู้สาเหตุ (รูปที่ ๑) ส่วนนี้แพทย์จะกุมใจมาก เพราะปฏิบัติไม่ถูก เนื่องจากถูกฝึกมาเรื่องโรค แม้นิยามโรคไม่ได้ชัดเจน หรือไม่ทราบสาเหตุ แต่คนไข้ก็ไม่สบายหรือป่วย ทำให้เริ่มสงสัยว่าจริงหรือที่ว่า “การเป็นโรค ทำให้สุขภาพไม่ดี” เพราะหาโรคไม่เจอ แต่คนไข้ก็สุขภาพไม่ดี

ในทางกลับกัน เราพบคนที่เป็โรคแต่สุขภาพดี เช่น คนที่มีรอยโรคในปอด หรือแห่งใดแห่งหนึ่ง แต่ยังคงชีวิตเป็นปกติ หรือคนเป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันสูงแต่ควบคุมดีแล้ว ก็สบายดีเป็นปกติ แสดงว่า **“แม้เป็นโรคก็สุขภาพดีได้”**

ถ้าอย่างนั้นแล้วสุขภาพคืออะไร

ตัวอย่างที่ยกมาข้างต้น แสดงว่า “โรค” ไม่สามารถนิยามสุขภาพได้ทั้งหมด หรือมีข้อจำกัด เราลองนิยามใหม่ได้ใหม่ว่า **สุขภาพคือดุลยภาพ** โดยคิดว่าดุลยภาพคือความเป็นปกติและความยั่งยืน เช่นเดียวกับที่เราเห็นทั่วไปในธรรมชาติ ว่าถ้าอะไรได้ดุลมันก็สงบราบเรียบไปได้นาน อะไรที่เสียดุลนำไปสู่ความไม่ราบเรียบ ความรุนแรง ความไม่ดำรงอยู่ได้

**ความไม่สบายทุกชนิดเกิดจากการเสียดุลยภาพไข้ใหม่** ไม่ว่าจะเป็นการเสียดุลนั้นจะเกิดจากอะไร เช่น เป็นหวัด เจ็บคอ เสียน้ำ เสียเกลือแร่ ขาดอาหาร หรือเสียดุลทางจิตใจ หรือกับสิ่งแวดล้อม ถ้าเสียดุลยภาพเล็กน้อยก็ไม่สบายนิดหน่อย แต่ถ้ามากก็ถึงเข้าไอซียูหรือตาย

ยกตัวอย่างเช่น หญิงผู้หนึ่งอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เดินไม่ไหว ต้องนอนเปล หมอตรวจเท่าไรๆ ก็ไม่พบ “โรค” จึงว่าเธอแกล้งทำ ก็ไม่พบโรคก็ต้องสุขภาพดี แต่นี่เธอป่วยโดยไม่พบโรค เธอก็ต้องแกล้งทำเมื่อเป็นอย่างนี้ทำอย่างไรๆ ก็รักษาไม่หาย เธอก็มาโรงพยาบาลอยู่เรื่อยๆ จนโอพีทีการ์ดหนาเตอะ ภายหลังพบว่าสาเหตุของผู้ป่วยรายนี้เกิดจากสามีเจ้าชู้ ทำให้เสียดุลทางใจ และมากกระทบกาย เมื่อเข้าใจ เห็นใจ อธิบาย ก็ทำให้ความป่วยหายไปได้

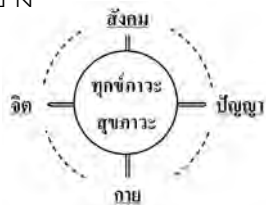
ผู้ป่วยหญิงจีนผู้หนึ่งเป็น ascending cholangitis รักษาอยู่ที่หอโรคจันทร์ ๒ ผุดลุกผุดนั่งไม่มีการสงบ คุณดวงจันทร์หัวหน้าตึกไปคุยดู ปรากฏว่าเธอเป็นจับกังหากินวันต่อวัน เลี้ยงลูก ๓ คน มาป่วยทำงานไม่ได้เสียอย่างนี้ กัลวลูกจะไม่มีอะไรกิน เมื่อคุณดวงจันทร์เอาเงินไปช่วยค่าอาหารลูก คนไข้ก็สงบลงไปได้ นี่ถ้าเรารักษาแต่โรค ก็ยังไม่สามารถสร้างสุขภาวะให้คนไข้ได้ ต้องดูแล “คน” ทั้งคนด้วย ความยากจนก็เป็นความบีบคั้นอย่างสำคัญที่ทำให้คนไม่สบาย

ชายผู้หนึ่งมาจากกลางดง อาชีพทำไร่ ซีดมาก ไม่มีแรงจนต้องนอนบนเปลเข็นเข้ามา อาจารย์กับนักศึกษาแพทยวินิจฉัยว่าเป็นโลหิตจางจากพยาธิปากขอ อาจารย์อธิบายให้นักศึกษาแพทย์ฟังว่าโรคนี้รักษาง่ายมาก ให้กินเหล็กวันนี้พรุ่งนี้คนไข้ก็รู้สึกสบายขึ้น และหลังจากนั้นระดับฮีโมโกลบินจะขึ้นมาเรื่อยๆ เหลียวไปเห็นคนไข้ลงมาจากเปล และใส่เปลทิ้งไป พร้อมทั้งพูดว่า “ฟังหมอพูดว่ามันหายง่ายอย่างนั้น ผมไม่ต้องนอนแล้วไอ้เปลเนี่ย” อ้าว เหล็กก็ยังไม่ได้ให้ ฮีโมโกลบินก็ยังไม่ขึ้น ไหง่คนไข้ดีขึ้น “ปัญญา” หรือความเข้าใจที่ถูกต้องลดความบีบคั้นจากความไม่รู้ ทำให้เป็นอิสระขึ้น จึงสบายขึ้น

**ในทางพุทธถือว่าความทุกข์ หรือทุกข์ภาวะเกิดจากความบีบคั้น**

**อิสรภาพจากความบีบคั้นคือ สุขภาวะ**

ความบีบคั้นมีได้ ๔ ทางด้วยกันคือ ทางกาย ทางจิต ทางสังคม ทางปัญญา (รูปที่ ๒) ในแต่ละด้านเรา อาจเติมปัจจัยเข้าไปได้อย่างพิสดารว่ามีอะไรบ้าง



รูปที่ ๒ ทุกข์ภาวะหรือสุขภาวะ ขึ้นกับความบีบคั้นหรืออิสรภาพ ทางกาย ทางจิต ทางสังคม ทางปัญญา ที่เชื่อมโยงกัน

ที่เรียกว่าบีบคั้นทางกายก็ดี ทางจิตก็ดี ทางสังคมก็ดี ทางปัญญาก็ดี ถ้าบีบคั้นจนเสียดุลยภาพก็ไม่สบายหรือป่วย ความป่วยจึงมีที่มาได้ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม หรือทางปัญญา

**สุขภาพจึงไม่ใช่เรื่องโรค และมดหมอหยากรักษาพยาบาลเท่านั้น**

**สุขภาพเกี่ยวข้องกับทุกมิติของความเป็นมนุษย์ที่เดียว**

ขอให้ทำการทดลองกับตัวเองสักเรื่องหนึ่ง เมื่อใดที่เรามีความสำนึกในศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ของเรา เราจะมีความสุขอย่างล้นลึก เราอาจจะไม่เคยคิดถึงเรื่องนี้เลยว่่าสำนึกในศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นมนุษย์คือ สุขภาวะที่ลึกที่สุด มนุษย์ส่วนใหญ่ถูกมายาคติต่างๆ ในสังคมครอบงำ และไม่เคารพในศักดิ์ศรี และคุณค่าความเป็นคน ความเป็นคนจึงตกต่ำ และขาดสุขภาวะ

**หัวใจของความเป็นมนุษย์อยู่ที่สำนึกและการเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นคนของคนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน**

การเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นคนของคนทุกคนอย่างเท่าเทียมกันคือศีลธรรมพื้นฐาน ศีลธรรมพื้นฐานนี้เป็นรากฐานของสิ่งดีงามในสังคม เช่น ประชาธิปไตย สิทธิมนุษยชน ความเป็นธรรม รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่ดี

ในสังคมชนชั้น แพทย์และพยาบาลเป็นชนชั้นสูงกว่าชาวบ้าน ถ้าขาดสำนึกแห่งการเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าแห่งความเป็นคนของคนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน โดยอัตโนมัติจะหลุดเข้าไปสู่ความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกัน เมื่อไม่เท่าเทียมกันก็ไม่จำเป็นต้องฟังอย่างลึกซึ้ง และไม่จำเป็นต้องอธิบาย ถ้าเราตั้งใจฟังใครก็แปลว่าเราเคารพคนนั้น ผู้ที่ได้รับการฟังอย่างเคารพในความเป็นคนของเขาจะมีความรู้สึกที่ดีมาก ถ้าแพทย์ฟังคนไข้โดยเคารพความเป็นคนของเขา ความรู้สึกดีๆ จะทำให้คนไข้บรรเทาความเจ็บป่วยหรือถึงกับหายเลยก็มี การอธิบายโดยเคารพความเป็นคนของคนไข้ก็เช่นเดียวกัน ช่วยให้คนไข้มีความรู้สึกดีและถึงกับหายป่วยก็ได้

ลุงคนหนึ่งเป็นโรคงูสวัด (Herpes zoster) มีอาการปวดมาก ไปตามรอยเม็ดพุพองจนจรดบริเวณกึ่งกลางลำตัว หมออธิบายให้ลุงฟังว่าลุงจะปวดไปอีกหลายวัน แต่ลุงไม่ตายจากโรคนี้หรอก อย่างไรก็ตามเม็ดพุพองนี้ก็จะไม่เข้ามาไปอีกข้าง ลุงแกล้งใจพูดว่า “ถ้าผมรู้ว่าไม่ตาย ถึงปวดเท่าไรผมก็ทนได้” ความกลัวเพราะความไม่รู้ เพราะหมอไม่อธิบายก็มีส่วนทำให้โรคหนักขึ้น

การฟังและการอธิบายยังนำผู้รักษาไปสู่ความเข้าใจในมิติอื่นๆ ของคนไข้ที่นอกไปจาก “โรค” แพทย์มักสนใจเฉพาะอาการและอาการแสดงของ “โรค” แต่ในความเป็นคนของคนไข้ ยังมีมิติอื่นๆ อีก ซึ่งถ้าสนใจแต่ไข้แต่ไม่สนใจคน ก็จะไม่รู้ไม่เห็น เช่น คนไข้รายหนึ่งเป็นธาลัสซีเมีย ธาลัสซีเมียคือโรคหรือไข้ แต่ผู้ป่วยรายนี้บอกว่าคุณภาพชีวิตของเขาอยู่ที่เรื่องอาหาร เขาเป็นมุสลิมแต่พยาบาลไม่รู้ เอาหมามาให้เขาทุกวัน เขากินไม่ได้จึงหิวโดยไม่มีใครรู้ เพราะไม่สนใจความเป็นคนของเขา สนใจแต่โรค

ผู้ป่วยรายหนึ่งมาจากต่างจังหวัดไกลเป็นมะเร็งตับ หมอก็สนใจเฉพาะที่ตับ ตรวจหน้าที่ตับ ตัดชิ้นเนื้อตับไปตรวจ ทำโน่นทำนี่อยู่มา ๒ เดือน คนไข้ตายโดยหมอไม่รู้เลยว่ากรณีที่ญาติเที่ยวไปเที่ยวมาเยี่ยมผู้ป่วยโดยไม่รู้ว่าเป็นอะไร จะหายหรือไม่ ต้องขายนางาเงินมาเป็นค่าใช้จ่าย เมื่อตัวตายลูกหลานก็ไม่มีนาจะทำมาหากินต่อไปลำบากแทบเลือดตากระเด็นกันทั้งครอบครัว

ฉะนั้นในการรักษาคนไข้ **ต้องรักษาคน** ไม่ใช่รักษาแต่ไข้ เมื่อคุยกันมาถึงขั้นนี้ ก็จะเห็นได้ชัดว่าเรื่องสุขภาพไม่ได้มีแต่มิติเรื่องโรคเท่านั้น แต่มีมิติอื่นๆ เกี่ยวข้องสัมพันธ์อย่างละเอียดอ่อนคือ เป็นเรื่องของ **“ทั้งหมด”** มีผู้กล่าวว่าคำว่า Health ในภาษาอังกฤษนั้นมีรากศัพท์มาจาก Whole หรือทั้งหมด ซึ่งอาจกล่าวว่า “Health is the whole” หรือสุขภาพคือทั้งหมด ไม่ใช่เรื่องของโรคเท่านั้น นี้ก็จะทำให้เข้าใจว่าที่ว่ากระบวนการที่เกี่ยวกับสุขภาพที่เอาโรคเป็นตัวตั้ง (Disease-oriented) นั้นคับแคบและแยกส่วนนั้นเป็นอย่างไร

## ความคับแคบและแยกส่วนทำให้ติดขัด

แนวความคิด “โรค” ทำให้เราจำกัดการรักษายาบาลไว้กับผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรค คือ แพทย์ พยาบาล และใช้แต่เทคโนโลยีทางการแพทย์เท่านั้น คนอื่นและสิ่งอื่นเกี่ยวข้องด้วยไม่ได้ ทำให้การดูแลรักษาตกอยู่กับบุคลากรทางการแพทย์และโรงพยาบาล ทำให้ดูแลไม่ทั่วถึง คนไข้ล้นโรงพยาบาล บุคลากรเหนื่อยเกิน การดูแลรักษาขาดคุณภาพเพราะตรวจรักษาอย่างลวกๆ รีบๆ เสียค่าใช้จ่ายแพง ค่าใช้จ่ายเรื่องสุขภาพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศรองรับไม่ได้ เกิดวิกฤตบริการสุขภาพ ซึ่งแก้ไขได้ยาก

แต่ถ้าเราปรับกระบวนการทัศนสุขภาพใหม่ว่า “สุขภาพคือสุขภาพทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา” จะเปิดเรื่องสุขภาพออกกว้างให้ผู้คนทั้งหมด และวิธีการทั้งหมดเข้ามาสู่เรื่องของสุขภาพได้ แม้โรคไม่รู้สาเหตุก็รักษาได้ เพราะในความหมายใหม่นี้มุ่งไปที่ดูแลสุขภาพ อะไรก็ตามที่ทำให้เสียสุขภาพ ทำให้ไม่สบาย อะไรที่ทำให้ได้สุขภาพก็ทำให้สุขภาพดี ที่กล่าวนี้ไม่ได้หมายความว่าความรู้สาเหตุและขจัดสาเหตุไม่สำคัญ แต่ไม่เพียงพอ ต้องมุ่งที่การดำรงสุขภาพและการทำให้สุขภาพกลับคืนมา

มีเทคนิคอื่นๆ อีกมากนอกเหนือไปจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องได้ เช่น **การออกกำลังกาย** โยคะ ไทเก๊ก ซึ่งช่วยปรับสุขภาพของกาย ใจ จึงมีผลต่อการรักษาสุขภาพ หรือการหายจากเจ็บป่วย ไม่ว่าจะจากเหตุใด

**ศิลปะดนตรี** มีผลต่อสุขภาพ จึงเกิดศิลปะบำบัด (Art therapy)

**ความเป็นชุมชนกับสุขภาพ** ความเป็นชุมชนหมายถึงการรวมตัวร่วมคิดร่วมทำ เมื่อมีการรวมตัวร่วมคิดร่วมทำ จะทำให้เกิดความสุขและสุขภาพดี จิตแพทย์อเมริกันชื่อ Scott Peck ถึงกับกล่าวว่าเมื่อเกิดความเป็นชุมชนขึ้น ทุกคนจะมีความสุขประดุจบรรลุนิพพาน ที่



เป็นเช่นนั้นเพราะเมื่อมีการรวมตัวร่วมคิดร่วมทำ ความเห็นแก่ตัวลดลง เกิดความเสมอภาค ภราดรภาพ ปัญญาาร่วม ทำให้ทำอะไรก็สำเร็จได้ง่าย ที่อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ เจ้าคณะอำเภอส่งเสริมให้แม่หม้ายที่สามีตายจากโรคเอดส์รวมตัวกันเป็นกลุ่มแม่หม้ายคอยสะเกิด แม่หม้ายเหล่านี้เดิมมีปมด้อย ไม่กล้าสู้หน้าสังคม แต่เมื่อรวมตัวกันทำเรื่องดีๆ ต่างๆ รวมทั้งเป็นอาสาสมัครช่วยอธิบายเรื่องการป้องกันโรคเอดส์ แม่หม้ายเหล่านี้หมดปมด้อย ภูมิใจในตัวเอง มีสุขภาพดี แม้มีเชื้อเอชไอวีในตัวก็ไม่ค่อยเป็นโรคเอดส์ ที่ชุมชนโรเซโตที่รัฐเพนซิลเวเนีย คนในชุมชนนี้เป็นเชื้อสายอิตาเลียนอพยพมาจากเมืองโรเซโตในอิตาลี โรงพยาบาลในละแวกนั้นพบว่า ประชาชนในชุมชนนี้ไม่ค่อยจะเป็นโรคหัวใจ และอายุก็ยืนกว่าคนในชุมชนอื่นๆ ในละแวกเดียวกัน การศึกษาพบว่าปัจจัยที่แตกต่างจากชุมชนอื่นๆ คือคนในโรเซโตมีความสัมพันธ์ที่อบอุ่นระหว่างกัน มีการไปมาหาสู่พูดคุยกันอย่างเป็นกันเอง นี่เป็นมิติที่เรียกว่าสุขภาพทางสังคม (Social health)

ถ้าเราเข้าใจมิติทางสังคมกับสุขภาพจะทำให้เราเข้าใจปรากฏการณ์บางอย่าง ที่แพทย์กับพยาบาลถ้าไม่เข้าใจอาจมีท่าทีที่เป็นโทษ เช่น คนไข้เบาหวานที่สอนให้ฉีดอินซูลินเองที่บ้านได้แล้วทำไมยังมาโรงพยาบาลอีก ที่เขามาเพราะเขาได้คุยกับเพื่อนคนไข้ด้วยกัน ทำให้มีความสุข บางทีเราเห็นประชาชนพากันไปนิยมสมุนไพรบางอย่างที่ไม่น่าเชื่อว่าจะรักษาโรคได้จริง เรื่องมันอาจจะเป็นอย่างนั้นหรือไม่ใช่ตัวสมุนไพรที่ทำให้คนไข้ดีขึ้น แต่เป็นมิติทางสังคมมากกว่า อาจเป็นเพราะสมุนไพรเป็นเพียงเครื่องมือที่ดึงผู้คนให้เข้ามารวมกันแล้วดีขึ้นจากการที่ได้รวมตัวร่วมคิดร่วมทำก็ได้ อีกปัจจัยหนึ่งเกี่ยวกับความเชื่อ ความเชื่อว่าเขาจะดีขึ้น ทำให้เขาดีขึ้น ดังตัวอย่างเรื่องคนไข้ที่เป็นโรคโลหิตจางจากพยาธิปากขอที่เล่าให้ฟังข้างต้น เมื่อเชื่อว่าเขาจะดีขึ้นก็ดีขึ้นจริงๆ ที่ยังไม่ได้รับยา

ในพระสูตรมีเรื่องเล่าว่าครั้งหนึ่งพระพุทธองค์ประจวบ ทรงให้หาพระมาสวดโพชฌงค์ให้ทรงสดับก็หายประชวร พระสารีบุตรก็

เช่นเดียวกัน ในครั้งโบราณมีการนิมนต์พระมาสวดโพชฌงค์ให้คนไข้ฟัง อีกพระสูตรหนึ่งมีชื่อเสียงว่าบำบัดอาพาธได้ชื่อว่าคิริमानทสูตร พระภิกษุชื่อคิริमानทอาพาธหนัก พระพุทธองค์ให้พระอานนท์ไปสวดพระสูตรนี้ ซึ่งเกี่ยวกับการถอนตัวจากความยึดมั่นในตัวตน พระคิริमानทที่ได้ฟังก็หายอาพาธ เรื่องนี้นำมาเราถึงเรื่องการไหว้พระสวดมนต์ และการปฏิบัติตามหลักศาสนากับสุขภาพ ทุกศาสนามีเรื่องเกี่ยวกับการรักษาโรคทั้งสิ้น มีหมออเมริกันคนหนึ่งชื่อ Larry Dossey สนใจเรื่องเกี่ยวกับทางจิตกับสุขภาพ ได้รวบรวมประสบการณ์และการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ ตีพิมพ์เป็นบทความและหนังสือเล่มไว้มาก ในทางตะวันตกต้องกล่าวว่าเป็นหนังสือที่ขายดีที่สุดคือ หนังสือเกี่ยวกับจิตและสุขภาพ

หนังสือชื่อ The Art of Happiness ของท่านดาไล ลามะ มีคนอ่านกันไปทั่วโลก หนังสือชื่อ The Power of Now ของ Eckhart Tolle ติดอันดับขายดีที่สุด เพราะเอคฮาร์ทหลุดพ้นจากความทุกข์โดยสิ้นเชิง และเป็นครูสอนทางจิต

ที่มหาวิทยาลัยแมสซาชูเซตส์ ดร.Kabat-Zinn เปิดสอนเรื่องการเจริญสติแบบพุทธ มีคนมาสมัคร ๘๗,๐๐๐ คน เพราะคนอเมริกันพบว่าเมื่อเจริญสติแล้วทุกอย่างดีขึ้นหมด เช่น สุขภาพดี ไม่ค่อยเจ็บป่วย เป็นอะไรก็หายง่าย สติปัญญาดี การงานดี ความสัมพันธ์กับผู้อื่นดี ทำให้พบความสุขอย่างประณีตที่ไม่เคยพบมาก่อน

มีการศึกษาวิจัยเรื่องสมองกับการเจริญสติกันมาก และพบว่า การเจริญสติทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ทั้งโครงสร้างและหน้าที่ที่คลื่นสมอง มีบูรณาการมากขึ้นทำให้เกิดสุขภาพ ระบบประสาทอัตโนมัติดูดยภาพระหว่างซีกมพาเถติค และพาราซีกมพาเถติค รวมทั้งมีภูมิคุ้มกันมากขึ้น

ขณะนี้แน่นอนแล้วว่าการเจริญกรรมฐานมีประโยชน์ต่อสุขภาพ ยังอยู่แต่ว่าโรงพยาบาลจะนำไปใช้อย่างกว้างขวางเท่านั้น

## Palliative Care ในกระบวนทรรศน์ใหม่

คำว่า Palliative care หมายถึงการรักษาเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยไม่ได้มุ่งแก้สาเหตุ เพราะสาเหตุนั้นแก้ไม่ได้แล้ว หรือแก้แล้วแต่ไม่ได้ผล เลยต้องรักษาเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน อาจเป็นการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิต (ซีวันตารักษ์) ที่เพียงบรรเทาทุกข์ทรมานไปจนกว่าจะตาย

ถ้าฟังดูตามน้ำเสียง Palliative care ดูจะไม่ค่อยมีศักดิ์ศรีการรักษาตามสาเหตุมีศักดิ์ศรีกว่า “ทำอะไรไม่ได้แล้ว ก็ต้อง Palliative ไป” และมักจะหมายถึงการให้ยาแก้ปวด

ที่กล่าวข้างต้นนั้น กล่าวในบริบทของกระบวนทรรศน์เก่าที่เอา “โรค” เป็นตัวตั้ง ถ้ารักษา “โรค” ไม่ได้แล้วก็ palliative คือให้ยาแก้ปวดไปจนกว่าจะตาย

### **แต่ในบริบทที่เอาความมนุษย์เป็นตัวตั้ง**

ที่คำนึงถึงการเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นคนเป็นตัวตั้ง คนมีมิติทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา ไม่ได้มุ่งการรักษาโรคอย่างเดียว แต่มุ่งการรักษาคนให้มีสุขภาวะทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา

Palliative care น่าจะมีศักดิ์ศรีและความหมายมากกว่าในบริบทเก่า และไม่ได้หมายแค่การให้ยาแก้ปวดเท่านั้น แต่หมายถึงการ **เยียวยาคนทั้งคนโดยรอบ ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์**

*เยียวยาทั้งทางกาย*

*เยียวยาทั้งทางจิต*

*เยียวยาทั้งทางสังคม*

*เยียวยาทั้งทางจิตวิญญาณ (spiritual)*

คำว่า spiritual health หรือสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ขณะนี้ใช้กันมากและปฏิบัติกันอย่างจริงจังในทางสากล ถ้าติดตามศึกษาหาความหมาย จะได้ความรู้และเกิดประโยชน์มากกว่าความรู้สึกติดขัดในศัพท์แสงแล้วทำให้ปิดกัน

Spiritual หมายถึงมิติที่เหนือกายหรือวัตถุ เรียกและพูดถึงความหมายด้วยสำนวนต่างๆ เช่น การเข้าถึงสิ่งสูงสุด การเข้าถึงพระเจ้า การเข้าถึงความจริงเหนือโลก - การเข้าถึงความจริงสูงสุด (โลกุตระ) ในทางพุทธ การเข้าถึงความจริงคือปัญญา หลุดพ้นจากความยึดมั่นในตัวตน จึงมีผู้เรียกสุขภาวะในมิตินี้ว่าสุขภาวะทางปัญญา คำว่าปัญญาที่ใช้ในที่นี้หมายถึงปัญญาในทางพุทธ ไม่ใช่ใช้อย่างที่พูดกันทั่วไป ยิ่งคลายจากความยึดมั่นในตัวตนลงมากเท่าใด ก็ยิ่งมีสุขภาวะเพิ่มขึ้น สิ่งสูงสุดในศาสนาฮินดูก็คือ พรมาตมัน ในศาสนาที่มีพระผู้เป็นเจ้าก็คือ พระผู้เป็นเจ้า ในพุทธศาสนาก็คือ นิพพาน หรือในปรัชญาโบราณก็คือ ความจริง ความดี ความงาม

### **Spiritual เป็นประสบการณ์**

ที่พยายามนิยามด้วยคำพูดใดๆ ก็ยาก ต่อเมื่อมีประสบการณ์เองจึงรู้ มนุษย์แต่โบราณมาได้ประสบการณ์แปลกประหลาด ลึกล้ำในตัวเอง ที่เกิดความเบาสบาย เป็นอิสระ มีความสุขอย่างลึกล้ำ หรือเป็นทิพย์ที่ไม่เคยประสบมาก่อน สัมผัสความงามในสรรพสิ่ง เกิดความเมตตาอันไพศาล แล้วไม่รู้ว่าความรู้สึกอันเป็นทิพย์นี้คืออะไร เกิดจากอะไร ก็เรียกขานต่างๆ กันว่าเป็นความศักดิ์สิทธิ์บ้าง เทพบ้าง วิญญาณบ้าง พระเจ้าบ้าง สัจจะบ้าง

สมัยนี้เรียกกันว่าประสบการณ์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual experience) อาจเกี่ยวกับศาสนาหรือไม่เกี่ยวกับก็ได้ เกิดขึ้นจากทางต่างๆ กัน เช่น จากการสัมผัสกับธรรมชาติอันไพศาล จากศิลปะ จากงานอาสาสมัครเพื่อเพื่อนมนุษย์ จากความเป็นชุมชน จากการแผ่เมตตา จากการภาวนา เป็นต้น

**การเจริญสติเป็นประตูลู่ทางจิตวิญญาณ** เพราะทำให้จิตเป็นกลาง สามารถสัมผัสความจริงที่เชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวกัน การเข้าถึงความจริงของความเป็นหนึ่งเดียว ทำให้จิตหลุดไปเป็นอิสระ เอ็ดคาร์ มิทเชล มนุษย์อวกาศ เมื่อยืนอยู่บนดวงจันทร์มองเห็นความเป็นหนึ่งเดียวของโลกทั้งใบ จิตเขาเปลี่ยนโดยสิ้นเชิง เขากล่าวว่า “I came back to Earth, a totally changed man” เกิดความเป็นอิสระ เบี่ยมล้นด้วยความสุข เกิดความรักอันไพศาลต่อเพื่อนมนุษย์และธรรมชาติทั้งหมด มิทเชล รู้แล้วว่าจิตสำนึกของมนุษย์สามารถเปลี่ยนได้โดยสิ้นเชิง (Transformation) จึงตั้ง Institute of Noetic Sciences (IONS) ที่แคลิฟอร์เนีย ศึกษาวิจัยเผยแพร่และฝึกอบรมเรื่องจิตสำนึกใหม่ (New Consciousness) เรื่องสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ก็เป็นเรื่องที่สถาบันนี้ให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่ง

Palliative care ในบริบทใหม่ ซึ่งเป็นการเยียวยาคนมนุษย์โดยรอบด้าน จึงมีความก้าวหน้าและนวัตกรรมต่างๆ เป็นอันมาก ไม่ใช่แต่การให้ยาแก้ปวดเท่านั้น อีกต่อไป

### **ตัวอย่างของ Palliative care ใหม่ ๆ**

ที่ออสเตรเลีย สัตวแพทย์ชื่อ Ian Gawler ป่วยเป็นมะเร็งของกระดูก ตัดขาไปข้างหนึ่ง มะเร็งลุกลามไปที่ขาอีกข้างหนึ่ง หมอบอกว่าเขาจะอยู่อีกไม่ถึง ๒ สัปดาห์ เขาไม่เชื่อ ได้แสวงหาวิธีรักษาตัวเองด้วยประการต่างๆ เช่น กินอาหารแมโครไบโอติกและทำสมาธิ ปรากฏว่ามะเร็งยุบหายไปหมด เขามีลูกอีกสองคน และตั้ง Cancer Support Group คอยให้กำลังใจผู้ป่วย และแนะนำการปฏิบัติตนซึ่งรวมทั้งการทำสมาธิ มีผู้ป่วยบางคนหายจากมะเร็ง ที่ไม่หายก็มีความสุขขึ้นถึงกับ

พูดว่า “ฉันดีใจที่เป็นมะเร็ง ทำให้ฉันพบความสุขที่ไม่เคยเจอมาก่อน” ความสุขเกิดจากมิตรภาพและการทำสมาธิ เป็นอันว่า Palliative care ไม่ได้เฉพาะบรรเทาความทุกข์ทรมานเท่านั้น แต่กลับสร้างคุณภาพชีวิตให้ดีกว่าเดิมทั้งคนไข้ ญาติ และผู้รักษา Palliative care จึงกลายเป็นเครื่องมือพัฒนาจิตวิญญาณของผู้เกี่ยวข้องโดยรอบ และถึงกับทำให้หายจากโรคก็ได้ด้วย ฉะนั้นในความเข้าใจแต่เดิมว่า Palliative care ไม่ใช่การมุ่งรักษาสาเหตุของโรค แต่เป็นการรักษาเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ก็อาจจะไม่จริงอีกต่อไป เพราะ Palliative care ทำให้โรคหายไปก็ได้ด้วย เพราะการฟื้นฟูดุลยภาพของกาย-ใจ-สังคม-ปัญญา ทำให้ภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ภูมิคุ้มกันไปยับยั้งหรือขจัดมะเร็งได้

ที่โรงพยาบาลของมูลนิธิพุทธจีซีที่ได้หัววัน Palliative care ของเขาทำหลายอย่างตามความชอบไม่ชอบของคนไข้ที่แตกต่างกัน บางคนก็ชอบฟังดนตรี บางคนก็ชอบไหว้พระสวดมนต์ บางคนก็ไม่ชอบเรื่องศาสนา แต่ทุกคนมีอาสาสมัครมาให้การดูแล หมอที่โรงพยาบาลนี้เล่นดนตรีให้คนไข้ฟังด้วย คนไข้คงมีความรู้สึกดีไม่น้อยที่มีหมอมาร่วมเล่นดนตรีให้ฟัง ตรงข้ามกับหมอที่เอาแต่ดูคนไข้

ในสหรัฐอเมริกา มี Hospice ที่ให้คนไข้เลือกได้ว่าจะรักษาด้วยวิธีใด จะเป็นสมุนไพร ธรรมชาติบำบัด ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด Homeopathy ไหว้พระสวดมนต์ อะไรๆ ก็ได้ทั้งสิ้น นับว่าเปิดกว้างอย่างยิ่ง

ในประเทศไทย นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ อดีตเลขาธิการสสช. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ผู้ล่วงลับไปแล้ว ได้ริเริ่มสนับสนุน “มิตรภาพบำบัด” กลุ่มองค์กรเอกชนและเครือข่ายพุทธิกา ซึ่งมีพระไพศาล วิสาโล เป็นผู้นำ มีความสนใจเกี่ยวกับ Palliative care และวัฒนธรรมการตาย โดยใช้เรื่องความเจ็บป่วยและการตายมาเป็นเครื่องมือของการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาจิตใจของทุกฝ่ายให้สูงขึ้น

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานินิตย์ เป็นผู้ฝึก เจริญสติและแนะนำให้ผู้อื่นเจริญสติ เมื่อท่านป่วยเป็นมะเร็งก็ยังยิ้ม แยมเบิกบาน ไปบรรยายเรื่องการเจริญสติตามที่ต่างๆ เป็นตัวอย่างของผู้เผชิญความตายอย่างมีสติ หน้าของผู้เขียนชื่อ นางละม่อม สมประสงค์ เป็นผู้ฝึกภาวนา ในบ้านปลายชีวิตป่วยเป็นอัมพาต แต่หน้าตายิ้มแย้ม และพูดเย้ยความตายว่า “ความตายนะหรือ อยากรู้เมื่อไร ก็เชิญเลย” เมื่อผู้ป่วยไม่เดือดร้อน ลูกหลานก็เลยสบายไปหมด ถ้าทั้งคนไข้ก็ทุกข์ ลูกหลานก็ทุกข์ ก็จะไปสู่ความตื่นรู้และความสิ้นเปลืองอีกมาก

ที่เล่ามานี้เป็นตัวอย่างเพียงเล็กน้อยของ Palliative care ใน มิติใหม่ๆ ที่กำลังเคลื่อนไหวกันทั่วโลก ถ้าแพทย์สนใจติดตามความ เคลื่อนไหวเหล่านี้ และพยายามพัฒนา Palliative care อย่างเป็น ระบบ ก็จะทำให้เกิดประโยชน์มหาศาล

### **การเยียวยาด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์สำหรับคนทั้งมวล คนทั้งมวลเพื่อการเยียวยาด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Palliative Care for All - All for Palliative Care)**

จากภาพของ Palliative care ว่าเป็นการดูแลรักษาตาม อากาโรเพื่อบำบัดความทุกข์ทรมานในช่วงท้ายสุดของชีวิต อันประกอบด้วย การระงับปวดเป็นสำคัญ ซึ่งก็ยังมีคามจำเป็น เราเคลื่อนมาถึง การขยายขอบเขตว่าเป็นการเยียวยาในทุกมิติของความเป็นมนุษย์ ทั้ง ทางกาย ทางจิต ทางสังคม ทางจิตวิญญาณ หรือทางปัญญา หรือ เป็นการเยียวยาด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

และมีใช้เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดเท่านั้น แต่มุ่งสร้างสุข ภาวะทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา ซึ่งอาจทำให้เกิด สุขภาวะแก่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด รวมทั้งผู้รักษาด้วย และอาจเป็นสุข

ภาวะระดับที่สูงกว่าก่อนป่วยเสียอีก ดังที่มีกรกล่าวไว้ว่า “ฉันดีใจที่เป็น มะเร็ง เพราะทำให้ฉันพบความสุขที่ไม่เคยพบมาก่อน” รวมทั้งอาจนำไปสู่การหายจากโรค และไปถึงบรรลุนิพพานได้ด้วย

**Palliative care จึงไม่ใช่การรักษาเพื่อลดความเจ็บปวด เท่านั้น แต่**

#### **Palliative care คือเครื่องมือพัฒนามนุษย์**

เมื่อเป็นเช่นนั้น Palliative care หรือการเยียวยาด้วยหัวใจ ของความเป็นมนุษย์ ควรเป็นไปเพื่อคนทั้งมวล (Palliative Care for All) และคนทั้งมวลควรมีส่วนในการเยียวยาด้วยหัวใจของความเป็น มนุษย์ (All for Palliative Care)

Palliative Care จึงไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะห้องรักษาผู้ป่วยที่ หมอดหวังเท่านั้น แต่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนทั้งแผ่นดิน ในทุกพื้นที่ ทุกองค์กร และทุกเรื่อง เช่น

- (๑) ถ้าทุกคนครบถ้วนเข้าใจ และมีการเตรียมตัวที่ถูกต้องต่อความเจ็บ ความตาย เช่น เจริญมรณานุสติ ดังตัวอย่างที่ยกมา จะลดความ ทุกข์ยากของคนทั้งประเทศ ลดภาระหนักของบุคลากรสุขภาพ และลดการสูญเสียจากการรักษาที่เกินเลยลงได้อย่างมหาศาล
- (๒) วัดทุกวัดสอนการเจริญกรรมฐาน และคนทุกวงการเจริญสติกัน อย่างกว้างขวาง จะเสริมสร้างสุขภาพและสร้างหัวใจของความเป็น มนุษย์ขึ้นมาเต็มประเทศ
- (๓) มีพยาบาลเยี่ยมบ้านและผู้บริบาลผู้สูงอายุที่บ้านมีจำนวนที่ พอเพียง และสามารถให้ Palliative care ได้อย่างดี
- (๔) ชุมชนเข้มแข็งเป็นชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน มีการสำรวจคนที่อาจถูก ทอดทิ้งในชุมชน เช่น คนแก่ คนเจ็บ คนพิการ เด็กกำพร้า และจัด ให้มีอาสาสมัครดูแลคนเหล่านี้ทุกคนด้วยหัวใจของความเป็น มนุษย์ ทั้งนี้ระบบบริการสุขภาพควรเข้าไปสนับสนุนทางวิชาการ

ให้อาสาสมัครที่ทำการเยี่ยมเยียนเพื่อนมนุษย์ทุกคนในชุมชน

- (๕) ส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพทุกประเภททำการดูแลรักษาด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์
- (๖) Palliative care ในโรงพยาบาลหรือ Hospice ควรเปิดกว้างทางสังคมและวิธีการ ให้อาสาสมัคร พระ ผู้รักษาทางเลือก เข้ามามีบทบาทได้ต่างๆ กันตามความเหมาะสม
- (๗) นักศึกษาแพทย์และพยาบาล ควรได้รับการฝึกฝนใน Palliative care ทุกคน เพื่อพัฒนามิติทางจิตวิญญาณของเขา
- (๘) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ควรส่งเสริมสนับสนุนให้สถานพยาบาลทุกแห่งมี Palliative care ที่ดี
- (๙) สื่อสารมวลชนทุกประเภทควรถือเป็นภารกิจที่จะสร้างความเข้าใจทางสาธารณะ คนทั้งหมดควรจะต้องเป็นหน้าที่ที่จะต้องเยี่ยมเยียนกันและกันด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

ที่กล่าวมาเพื่อให้มองเห็นภาพว่า ถ้ามีการเยี่ยมเยียนด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์เพื่อคนทั้งมวล และคนทั้งมวลมีส่วนในการเยี่ยมเยียนด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ จะเกิดความสงบเย็นทางสังคมเพียงใด สุขภาพจะเพิ่มขึ้นอย่างท่วมท้น บุคลากรสุขภาพจะไม่เหนื่อยยากจนเกินกำลังเยี่ยงปัจจุบัน และค่าใช้จ่ายจะลดลง

*ความสงบเย็นทางสังคม คือ สังคมนิพพาน*

(นิพพาน = สงบเย็น)

## การเยี่ยมเยียนคือระเบียบวาระของมนุษยชาติ

อารยธรรมวัตถุนิยม บริโภคนิยม และเงินนิยม ได้ทำให้เกิดความอึกเสิบไปทั่วโลก มนุษย์ได้ถือเอากำไรสูงสุดเป็นสรณะ กระตุ้นการบริโภคอย่างหยุดยั้งไม่ได้ ทำให้ช่องว่างระหว่างคนจนกับคนรวย และระหว่างประเทศจนกับประเทศรวยห่างมากขึ้น นำไปสู่ความไม่เป็นธรรมต่างๆ ความขัดแย้ง และความรุนแรง เกิดพยาธิสภาพทางสังคมอย่างรุนแรง เกิดการทำลายสิ่งแวดล้อมมากขึ้นจนถึงขั้นบรรยากาศ จนทำให้เกิดสภาพโลกร้อน ซึ่งจะยังให้เกิดความแปรปรวนของธรรมชาติ ซึ่งกระทบความอยู่รอดของสรรพชีวิต ความเสื่อมเสียทางศีลธรรม และสภาพตัวใครตัวมัน นำไปสู่โรคซึมเศร้า โรคหมอดหัวง โรคฆ่าตัวตาย รวมความว่าโลกป่วยอย่างยิ่ง (The world is sick)

ในสภาพเช่นนี้ระบบบริการสุขภาพเป็นปราการสุดท้ายทางศีลธรรม

เพราะระบบบริการสุขภาพเกี่ยวข้องกับทุกชีวิต ตั้งแต่ครรภ์มารดาจนถึงเชิงตะกอน อาชีพหลายอาชีพ มนุษย์ส่วนใหญ่ตั้งแต่เกิดจนตายอาจจะไม่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องด้วยเลย แต่ทุกชีวิตเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ

บุคลากรทางสุขภาพได้รับอาณัติพิเศษให้เข้าถึงส่วนลึกของชีวิตของคนไข้ได้ เช่น เข้าไปดูตับไตไส้พุง ดูหัวใจ ดูสมอง ดูดีเอ็นเอ สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องภายในของแต่ละคน การที่ยอมให้ใครเข้าไปดูถึงภายในของชีวิตได้ถึงเพียงนั้น ต้องนับว่าเป็นพันธสัญญาประชาคมพิเศษ (Special social contract) ว่าบุคลากรที่มีฐานะพิเศษเช่นนี้จะไม่ทรยศต่อความไว้วางใจของเขา

ในสภาวะที่ไร้ศีลธรรมในสังคม ถ้าอาชีพอื่นไม่ซื่อสัตย์ต่อประชาชน เช่น นักการเมือง สังคมก็ยิ่งพอลงได้ว่าเขาเป็นเช่นนั้นเอง แต่ถ้าบุคลากรทางสุขภาพที่มีพันธสัญญาประชาคมเป็นพิเศษในการ



ดูแลชีวิตของเพื่อนมนุษย์ ทรมานต่อความไว้วางใจของเขา สังคมจะล้ม  
ละลายทางจิตใจ ถ้าปรากฏการณ์สุดท้ายทางศีลธรรมพังลง คลื่นแห่งความ  
ไร้ศีลธรรมจะไหลมาท่วมสังคมจนจมมิด

ในทางกลับกัน ถ้าบริการสุขภาพมีหัวใจของความเป็นมนุษย์  
จะสัมผัสส่วนลึกในจิตใจของผู้คน ทำให้ยังมีความหวัง ทำให้เมล็ดพันธุ์  
แห่งความดีที่มีอยู่ในหัวใจของคนทุกคนประจักษ์ได้รับการรดน้ำ พรวน  
ดิน มีโอกาสงอกงาม และเติบโตแผ่ไพศาล เพื่อยังโลกให้ร่มเย็น

ความรู้และเทคโนโลยีมีความสำคัญ

แต่ความรู้และเทคโนโลยีที่ปราศจากใจนำ สร้างโลกให้  
ร่มเย็นไม่ได้

หัวใจของความเป็นมนุษย์จะยังให้โลกเย็นและร่มเย็น

การเยียวยาด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ คือ โลกุตระโอสถ  
ที่ควรเป็นยาสามัญประจำบ้าน เราต้องเยียวยาตัวเอง เยียวยาซึ่งกัน  
และกัน และเยียวยาโลก (Heal the world)

การแสวงกำไรสูงสุดไม่ควรจะเป็นความมุ่งหมายสูงสุดอีก  
ต่อไป

การเยียวยาด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ คือ ระเบียบวาระ  
สูงสุดของมนุษยชาติ

บทความเรื่อง

## End of Life Care

โดย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์



# End of Life Care

สุมาลี นิมนานนิตย์\*

## บทนำ

ความตาย ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาธรรมชาติ ได้กลายเป็นประเด็นปัญหาใหญ่และสำคัญของสังคมโลก เป็นปัญหาสากล จึงเป็นปัญหาของสังคมไทยด้วยเช่นกัน ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น มูลเหตุที่เกิดขึ้นสืบเนื่องมาจากในปัจจุบันมนุษย์มีโอกาสดำรงชีพอย่างสงบตามธรรมชาติ น้อยมาก ด้วยเทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีอื่นๆ ที่รุดหน้าไปอย่างรวดเร็ว มนุษย์สามารถเอาชนะธรรมชาติในหลายด้าน รวมทั้งการ “ยืด” ชีวิตคนเจ็บป่วยและผู้สูงอายุ จนทำให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลทั่วไป คาดหวังและตั้งความหวังไว้ว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับการรักษาเยียวยาแล้ว จะต้องหายหรืออย่างน้อยจะต้องยืดให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ แพทย์ส่วนหนึ่งถือเป็นการล้มเหลว ถ้าผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลเสียชีวิตลง<sup>1,2</sup> ถึงแม้จะได้ให้การดูแลอย่างดีและเต็มที่แล้วก็ตาม ทำให้เกิดความเศร้าหมอง และบางครั้งถึงกับซึมเศร้า ไม่สามารถปฏิบัติงานต่อไปได้

สำหรับบุคคลทั่วไปก็ตั้งความหวังไว้กับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สูงมาก ดังนั้น เมื่อญาติหรือตนเองเจ็บป่วยก็หวังว่าต้องหายหรืออย่างน้อยต้องไม่ตาย เมื่อไม่เป็นไปตามความคาดหมาย ก็เกิดความผิดหวังอย่างรุนแรง หลายคนตั้งคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งนำไปสู่การฟ้องร้องดังที่เห็นปรากฏอยู่เนืองๆ ดังนั้นทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงต่างพยายามยืดชีวิตผู้ป่วย

\*ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุมาลี นิมนานนิตย์ / เอกสารคัดลอกจากหนังสือเวชปฏิบัติปริทรรศน์ 3, พิมพ์ครั้งที่ 1, มีนาคม 2547, หน้า 575 – 601 งานการศึกษาต่อเนื่อง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ให้อยู่ได้นานที่สุด ไม่ว่าจะด้วยการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพียงใด หรือผู้ป่วยจะอยู่ด้วยคุณภาพชีวิตอย่างไร นอกจากนั้นในบางกรณีความเห็นของผู้ให้การรักษากับผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ป่วยกับญาติ หรือญาติกับญาติ ก็ไม่ตรงกัน ทำให้การดูแลรักษาผู้ใกล้ตายทวีความยุ่งยาก และเกิดสภาวะเครียดด้วยกันทั้งสิ้น ก่อให้เกิดปัญหาไม่เฉพาะด้านการแพทย์เท่านั้น ยังเป็นปัญหาด้านกฎหมาย ด้านเศรษฐกิจ และที่สำคัญคือ ด้านจิตใจ ศีลธรรม คุณธรรม จริยธรรม และสังคม ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและมีความสลับซับซ้อนมาก

ฉะนั้นการดูแลผู้ใกล้ตายจึงต้องอาศัยความรู้ความสามารถ ในหลายด้าน อาจกล่าวได้ว่าต้องนำศาสตร์ทุกอย่าง (สรรพศาสตร์) มาใช้ และต้องการการทำงานเป็นทีม ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรฝ่ายต่างๆ ที่ต้องร่วมกันทำงานอย่างประสานสอดคล้อง เกื้อหนุนและส่งเสริมซึ่งกันและกัน สำหรับบทความนี้จะกล่าวเฉพาะบทบาทหน้าที่ของแพทย์โดยสังเขป เพื่อให้แพทย์ทราบบทบาทหน้าที่ ตลอดจนความรู้และทักษะที่พึงมีในการดูแลรักษาผู้ใกล้ตาย (End of life care) และตระหนักถึงความสำคัญ และให้ความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ใกล้ตาย

## บทบาทหน้าที่ของแพทย์

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยใกล้ตาย แพทย์มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. แจ้ง/บอกข่าวร้าย (breaking/communicating bad news)

เมื่อวินิจฉัยโรคได้แล้ว เป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องเป็นผู้บอกการวินิจฉัยโรคให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ซึ่งถ้าเป็นโรคที่รุนแรงหรือไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรืออาจถึงแก่ชีวิตในระยะเวลาอันใกล้ ก็เป็นการบอกข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาตินั่นเอง นอกจากนั้นแพทย์ยังต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ผลที่จะได้ และผลข้าง

เคียงที่จะเกิดจากการรักษา ตลอดจนการพยากรณ์โรค ซึ่งหากเป็นการรักษาที่ได้ผลไม่ดี หรือมีผลข้างเคียงที่มีอันตราย หรือการพยากรณ์โรคไม่ดี ก็ย่อมเป็นข่าวร้ายสำหรับผู้ได้รับข้อมูลเช่นกัน

2. ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม หมายถึง การดูแลรักษาที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การสูญเสีย ความเศร้าโศก ความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ

3. ให้การรักษาอาการทุกข์ทรมานต่างๆ โดยเฉพาะอาการเจ็บปวด

4. พิจารณาและตัดสินใจเลือกการตรวจและการรักษาที่เหมาะสม

5. ให้การประคับประคองใจผู้ป่วยและญาติ

6. วางเป้าหมายการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

7. ดูแลรักษาผู้ใกล้ตายให้ได้ตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี (good death – ตาย “ดี”)

8. ดูแลญาติด้านจิตใจหลังจากผู้ป่วยถึงแก่กรรม

บทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะการแจ้งข่าวร้าย การดูแลรักษาผู้ใกล้ตายให้ตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี และการดูแลญาติด้านจิตใจหลังจากผู้ป่วยถึงแก่กรรมโดยสังเขป ส่วนวิธีการปฏิบัติและการรักษาอื่นๆ สามารถศึกษาเพิ่มเติมจากเอกสารอ้างอิงได้<sup>3</sup>

## การแจ้งข่าวร้าย

การแจ้งข่าวร้ายเป็นงานที่แพทย์ส่วนใหญ่มีความอึดอัดลำบากใจ และไม่ถนัดที่จะทำ จึงมักก่อให้เกิดความเครียด และบาง



ครั้งไม่กล้า และไม่สามารรถให้ข้อมูลตามจริงกับผู้ป่วยและญาติได้ ทั้งนี้เพราะข่าวร้ายนั้น เป็นข้อมูลที่มีผลกระทบต่ออนาคตของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นไปในทางที่ไม่ดี การแจ้งข่าวร้ายจึงมีผลกระทบต่อจิตใจ การดำเนินชีวิต และอนาคตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมหาศาล มีผู้เปรียบเทียบการแจ้งข่าวร้าย - “breaking bad news” ว่าเหมือนการ “ตอกไข่”- “breaking an egg” ซึ่งต้องการทักษะและความชำนาญ มิฉะนั้นก็จะเลอะเทอะหรือยุ่งเหยิงไปหมด<sup>4</sup> แต่หากเห็นว่าเป็นเรื่องยากแล้วไม่ปฏิบัติก็จะมีผลเสียต่อผู้ป่วย ญาติ และตัวแพทย์เองได้อย่างมากเช่นกัน ในความเป็นจริงแม้จะดูว่ายาก แต่ก็สามารถฝึกฝนจนเกิดความชำนาญได้ และจำเป็นที่ผู้ที่เป็นแพทย์ต้องทำให้ได้ โดยเฉพาะในสังคมปัจจุบัน เพราะความรู้ความสามารถและทักษะในการแจ้งข่าวร้าย จะเอื้อต่อการประกอบวิชาชีพที่ดี โดยเฉพาะในการดูแลรักษาผู้ใกล้ตาย การแจ้งข่าวร้ายเป็นโอกาสให้แพทย์ได้สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ (doctor-patient relationship) เป็นโอกาสที่แพทย์จะสร้างความศรัทธาความไว้วางใจ และความเชื่อมั่น จากผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ได้รับความร่วมมือ และทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้ผลดีการแจ้งข่าวร้ายนั้น ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ และต้องการความรู้ความสามารถไม่เฉพาะด้านวิชาการทางการแพทย์เท่านั้น ยังต้องมีทักษะการสื่อสารที่ดี มีจิตใจที่ดีงาม และมีอารมณ์ที่มั่นคงด้วย

## แนวทางในการแจ้งข่าวร้าย

• **การเตรียมความพร้อม** สิ่งที่แพทย์ต้องเตรียมก่อนแจ้งข่าวร้ายคือ

1. มีข้อมูลที่ถูกต้องตามจริง รวมทั้งทางเลือกเกี่ยวกับการรักษาที่มีอยู่

2. มีความรู้ทางการแพทย์

3. รู้ว่าควรแจ้งกับใคร (ผู้ป่วยหรือญาติ) เมื่อใด (ผู้รับแจ้งอยู่ในสภาพที่รับได้หรือไม่) และควรมีใครเข้าร่วมอยู่ด้วย

4. กำหนดเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม โดยบอกให้ทราบตั้งแต่เริ่มต้นว่ามีเวลาสนทนนานเท่าใด(หากไม่สามารถทำเสร็จได้ในเวลาที่กำหนด ให้นำนัดพบอีกครั้ง) ส่วนสถานที่นั้นก็ควรมีความเป็นส่วนตัว ส่วนความเป็นส่วนตัว ไม่พลุกพล่าน และไม่ถูกรบกวน แพทย์ไม่ควรรับโทรศัพท์ในขณะที่แจ้งข่าวร้าย ควรจัดที่นั่งให้สบาย รวมทั้งเตรียมกระดาษทิชชูไว้ให้พร้อมเสมอ ไม่ควรแจ้งข่าวร้ายทางโทรศัพท์

## • กระบวนการในการแจ้งข่าวร้าย<sup>5</sup>

### 1. การสร้างบรรยากาศ

ก่อนเริ่มการสนทนาควรสร้างบรรยากาศให้คู่สนทนารู้สึกผ่อนคลายและมีความเป็นกันเองที่พอเหมาะสำหรับสถานการณ์ในขณะนั้น แพทย์พึงตระหนักว่า การสนทนานั้นต้องเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ มิใช่เป็นการบรรยายวิชาการโดยแพทย์ การรับฟังอย่างใส่ใจและให้ความสนใจของแพทย์เป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ผลสำเร็จของการแจ้งข่าวร้าย

### 2. ผู้ป่วยและญาติรู้อะไร และรู้สึกอย่างไร

ก่อนให้ข้อมูล แพทย์ควรสอบถามเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยและญาติรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บมากน้อยเท่าใด มีพื้นฐานจิตใจ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และอารมณ์ ตลอดจนจนเศรษฐกิจฐานะอย่างไร

### 3. ผู้ป่วยและญาติต้องการอะไร

แพทย์ควรสอบถามเพื่อทราบความต้องการของผู้ป่วยและญาติก่อนให้ข้อมูล

#### 4. การเกริ่นนำ (warning shot)

ก่อนแจ้งข่าวร้าย แพทย์ควรเกริ่นนำเพื่อให้ผู้รับข่าวมีเวลาตั้งตัวและเตรียมใจ มิฉะนั้นผู้รับข่าวอาจเกิดความรู้สึกไม่สบายใจและตกใจมากถึงขั้นช็อกได้ เช่น อาจเกริ่นนำว่า “เรื่องที่หมอจะบอกอาจจะทำให้คุณรู้สึกไม่สบายใจ แต่ข้อมูลที่ให้จะเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาคุณ (ญาติ)” แล้วหยุด รับฟัง และสังเกตปฏิกิริยาที่จะเกิดขึ้นก่อนที่จะบอกต่อไป เป็นต้น

#### 5. การให้ข้อมูล

ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง เท่าที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ โดยใช้ภาษาที่ง่ายที่คนทั่วไปเข้าใจได้ ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์ ควรให้ข้อมูลอย่างกระชับและชัดเจน การให้ข้อมูลมากเกินไป ผู้ฟังมักรับไม่ได้ และไม่เกิดประโยชน์อันใด ทั้งยังอาจทำให้รู้สึกท้อถอย สับสนมากขึ้น เพราะโดยทั่วไปเมื่อได้รับทราบข่าวร้าย คนส่วนใหญ่จะไม่สามารถได้ยินหรือรับทราบสิ่งที่แพทย์บอก แพทย์จึงควรใช้ความสังเกต เพื่อให้ทราบถึงสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ฟังตลอดเวลา และควรใช้เวลาและเปิดโอกาสให้ผู้ฟังได้แสดงความรู้สึกหรือระบายอารมณ์ ไม่ควรเร่งรัดหรือยัดเยียดข้อมูล หรือรวบรัดให้ยอมรับในขณะที่จิตใจของผู้ฟังระส่ำระสาย และต้องการความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจจากแพทย์มากกว่าเรื่องอื่นๆ

สิ่งที่สำคัญยิ่งในการให้ข้อมูล คือ ท่าทีท่าทางและวิธีการบอก เพราะจะมีผลต่อการรับรู้และการยอมรับได้อย่างมาก ข้อมูลอย่างเดียวกัน แต่สื่อสารด้วยวิธีการที่ต่างกัน ผลที่ได้อาจแตกต่างกันมากมาย ตั้งแต่ยอมรับ เกิดศรัทธาและความไว้วางใจแพทย์ จนถึงโกรธเคือง เคียดแค้น และขาดความไว้วางใจ หากแพทย์มีท่าทีท่าทางที่รับฟัง แสดงความเห็นอกเห็นใจ ความใส่ใจ ความเป็นห่วงและอยากช่วยเหลือ ผู้ป่วยและญาติจะเกิดความรู้สึก “ดี” มีความเชื่อมั่นและ

ยอมรับ ซึ่งจะทำให้การรับรู้ข้อมูลดีขึ้น ดังนั้นในขณะที่ให้ข้อมูล แพทย์ควรตรวจสอบความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยและญาติร่วมไปด้วยเสมอ หากแพทย์มีความจริงใจและตั้งใจจริงที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ ท่าทีและท่าทางของแพทย์จะแสดงถึงความห่วงใยโดยเกือบจะเป็นอัตโนมัติ ซึ่งผู้ป่วยและญาติจะสัมผัสได้ ทำให้เกิดศรัทธาและความไว้วางใจในตัวแพทย์ และนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ

#### 6. การปฏิเสธของผู้ป่วยและญาติ

ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่จะปฏิเสธไม่เชื่อและไม่ยอมรับความจริงในช่วงแรกที่ได้รับข้อมูล ซึ่งแสดงถึงว่ามีความกลัว และใช้การปฏิเสธเป็นวิธีแก้ปัญหาความกลัวที่มีอยู่ แพทย์ควรคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปฏิกิริยานี้ ไม่ควรหงุดหงิดหรือโกรธที่ผู้ป่วยและญาติไม่เชื่อและไม่ยอมรับ ในกรณีเช่นนี้ แพทย์ควรเคารพความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติและควรให้เวลาโดยอาจพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็น และความกลัวของผู้ป่วย จนผู้ป่วยมีความพร้อมจึงให้ข้อมูลเพิ่มเติมต่อไป หากพบว่ายังไม่พร้อมในการสนทนาครั้งนี้ ก็อาจนัดพบอีกครั้ง และแจ้งข่าวเมื่อผู้ป่วยและญาติมีความพร้อม

#### 7. ให้โอกาสผู้ป่วยและญาติระบายอารมณ์และแสดงความรู้สึก

การให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายอารมณ์และความรู้สึก จะช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย และบรรเทาความเครียดลงได้ การรับฟังข่าวจะดีขึ้นและจะรู้สึกว่าคุณแพทย์มีความเห็นอกเห็นใจ

#### 8. ให้ความหวัง

การให้ความหวังขณะแจ้งข่าวร้ายมีความสำคัญมากต่อจิตใจและอนาคตของผู้ป่วยและญาติ ความหวังที่ให้นั้นต้องเป็นความ

หวังตามจริง หากไม่เป็นไปตามจริงและไม่สามารถเป็นไปได้ จะเกิดผลเสียอย่างยิ่งต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และอาจถึงขั้นฟ้องร้องแพทย์ได้ ในการให้ความหวัง แพทย์พึงตระหนักว่าความหวังของคนแต่ละคนไม่เหมือนกัน และความหวังของแพทย์ก็อาจจะไม่ตรงกับของผู้ป่วยและญาติ แพทย์จึงควรสอบถามเพื่อทำความรู้จักผู้ป่วยและญาติถึงระดับความรู้สึกนึกคิด จิตใจ ค่านิยม ความเชื่อ ความต้องการ และทัศนคติเสมอ

### 9. การวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ

แพทย์ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับการรักษาต่างๆ ดีขึ้น โดยเฉพาะการปฏิบัติตนหรือการดูแลโดยญาติซึ่งมีความสำคัญมากในระยะท้ายของโรค

#### • ทักษะและคุณสมบัติที่พึงมีในการแจ้งข่าวร้าย

จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า นอกจากความรู้และทักษะด้านการรักษาทางการแพทย์แล้ว แพทย์ยังต้องมีทักษะต่อไปนี้ คือ ทักษะในการพูด การถ่ายทอด การถาม การฟังอย่างใส่ใจ การใช้ภาษากายและภาษาพูด นอกจากนั้นควรต้องรู้เขารู้เรา และเอาใจเขามาใส่ใจเราด้วย

สำหรับคุณสมบัติสำคัญที่ต้องมีอีกด้วย คือ ต้องมีจิตใจที่ตั้งมั่น มีสติที่ไว มีความสังเกต ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น มีไหวพริบปฏิภาณ สามัญสำนึก ทั้งนี้เพราะแพทย์ต้องให้ความช่วยเหลือกับผู้ที่กำลังมีอาการรุนแรงต่างๆ ทั้งตกใจ เสียใจ หวาดกลัว วิตก ผิดหวัง ซึมเศร้า ฯลฯ

โดยสรุป ในการแจ้งข่าวร้าย แพทย์ต้องมีความรู้ด้านการแพทย์อย่างดี มีทักษะในการสื่อสาร รวมทั้งคุณสมบัติอื่นๆ ที่สำคัญดังได้กล่าวแล้ว ตลอดจนมีความเข้าใจ และ “เข้าถึงใจ” ผู้ป่วยและญาติ ต้องรู้จักตนเอง รู้จักบุคคล รู้กาละเทศะ มีจิตใจหนักแน่นมั่นคง มีเมตตา กรุณา และอุเบกขา

### การดูแลรักษาผู้ใกล้ตายให้ตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี (good death - ตาย “ดี”)

การดูแลรักษาผู้ใกล้ตายให้ตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี (good death – ตาย “ดี”) นั้น ก็คือการดูแลรักษาผู้ป่วยขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง เพราะคนเรามีชีวิตอยู่อย่างไรก็ตายอย่างนั้น ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ก่อนตายจึงมีความสำคัญมาก หากแพทย์ให้การดูแลรักษาโดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ใกล้ตายเป็นสำคัญ และพยายามปฏิบัติให้เกิดผล เมื่อถึงเวลาที่ความตายมาถึง ผู้ป่วยก็จะตาย “ดี” ได้

ในการดูแลรักษาผู้ใกล้ตายให้ตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี แพทย์ต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย ทั้งในด้านวิชาการทางการแพทย์และความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตและความตาย รวมทั้งต้องสามารถทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นๆ อย่างประสานสอดคล้อง (ทำงานเป็นทีม) ผู้เขียนมีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องการรักษาผู้ใกล้ตายมานาน เพราะต้องประสบพบกับความตายของผู้คนอยู่เนือง ๆ ทั้งในฐานะแพทย์และญาติมิตร และสนใจมากโดยเฉพาะว่าจะช่วยเหลือคนใกล้ตายให้ “ตายกับสติและตายด้วยจิตที่สงบ” ได้อย่างไร และมีความเห็นว่า หากได้ผนวกความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้า

กับความรู้ด้านจิตใจและจิตวิญญาณแล้ว น่าจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจและมิติทักษะในการดูแลรักษาผู้ใกล้ตายได้ดีขึ้น อีกทั้งมีความเห็นว่าแพทย์ซึ่งเป็นผู้ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพของมนุษย์และต้องรับผิดชอบชีวิตมนุษย์ ได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยให้ดูแลชีวิตให้ เมื่อชีวิตเริ่มต้นตั้งแต่เกิดจนถึงตาย ความตายก็เป็นช่วงหนึ่งของชีวิตเช่นกัน แพทย์จึงควรรับผิดชอบไม่เฉพาะเรื่อง “เกิด แก่ เจ็บ” เท่านั้น ควรรวมถึง “ตาย” ด้วย นอกจากนี้ แพทย์ยังเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติ เป็นผู้รู้เรื่องเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยมากที่สุด เป็นผู้ได้รับความเชื่อถือและความไว้วางใจจากผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นแพทย์จึงเป็นผู้ที่มีความเหมาะสมด้วยประการทั้งปวงในการช่วยเหลือผู้ใกล้ตายให้ได้ตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี

ในทศวรรษที่ผ่านมา องค์การและสถาบันทางการแพทย์ โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาได้มีความตื่นตัวและให้ความสนใจมากขึ้นเกี่ยวกับ “ความตาย” ซึ่งก่อนหน้านี้เป็นเรื่องที่คนส่วนใหญ่ โดยเฉพาะแพทย์หลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึง ได้มีการศึกษาและงานวิจัยขึ้นมากมาย และสำหรับการศึกษาของแพทย์นั้น ได้มีการเน้นและเพิ่มการฝึกอบรมเกี่ยวกับ “การดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย” ทั้งในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา เป็นต้นว่า อายุรศาสตร์ทั่วไป อายุรศาสตร์โรคไต มะเร็งวิทยา ฯลฯ และจะมีการขยายถึงสาขาวิชาอื่นมากขึ้นเป็นลำดับ เพราะขณะนี้ประเด็นความตาย โดยเฉพาะ “ตายอย่างไร” กำลังเป็นปัญหาใหญ่และปัญหาสำคัญทั่วโลก มีการศึกษาเกี่ยวกับสิทธิวิทยาของภาวะใกล้ตายและการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในภาวะใกล้ตายมากมาย ซึ่งเป็นสิ่งที่น่ารู้และเป็นประโยชน์กับแพทย์ทุกแขนงสาขาวิชา

## สิทธิวิทยาในช่วงสุดท้ายของชีวิต (last hours of living) และการดูแลรักษาตามอาการ

ช่วงสุดท้ายของชีวิต หมายถึง ช่วงที่แน่ชัดแล้วว่าไม่มีการรักษาที่ได้ผล และผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาอันใกล้ภายในไม่กี่วัน ไม่ว่าผู้ให้การรักษาจะทำดีที่สุดอย่างไร การดูแลรักษาผู้ป่วยในช่วงนี้มีความเฉพาะและแตกต่างกับช่วงอื่นหลายประการ เพราะมีการเปลี่ยนแปลงทางสิทธิวิทยาที่ต่างจากช่วงอื่นของชีวิต ดังนั้นแพทย์จึงต้องพิจารณาอย่างรอบคอบถี่ถ้วน เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ มิฉะนั้นจะให้การรักษามีผิดพลาดได้

### **การเปลี่ยนแปลงทางสิทธิวิทยาในช่วงสุดท้ายของชีวิตนี้<sup>6</sup> ประกอบด้วย**

- **ความอ่อนเพลีย (weakness / fatigue)**

ความอ่อนเพลียและเหนื่อยล้าจะเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ จนในที่สุดจะมากขึ้นจนผู้ป่วยจะขยับตัวหรือแม้แต่ผงกศีรษะก็ยังไม่สามารถทำได้ ทำให้เกิดการยึดติดของเอ็นและข้อหรืออาการปวดข้อ และเกิดผลกดทับได้ การดูแลรักษาที่ควรทำคือ การช่วยขยับและบริหารข้อต่างๆ ให้ผู้ป่วย การพลิกตัวผู้ป่วยบ่อยๆ และการบีบนิ้วบริเวณที่สัมผัสกับที่นอนก่อนและหลังการพลิกตัว จะทำให้รู้สึกสบายและทำให้เลือดมาเลี้ยงส่วนนั้นดีขึ้น แต่ไม่ควรบีบนิ้วหนังที่แดงหรือถลอกหรือเป็นแผลอยู่แล้ว และควรให้การดูแลรักษาเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วรักษายากกว่าการป้องกัน

สำหรับอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยล้าของผู้ใกล้ตายในช่วงระยะนี้ เป็นสิ่งที่ทุกคนควรยอมรับ และไม่จำเป็นต้องให้การรักษา เพราะจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดี

## • ความเบื่ออาหาร

ในช่วงสุดท้ายนี้ ผู้ใกล้ตายจะเบื่ออาหาร และกินอาหารได้น้อยลง แต่คนส่วนใหญ่มักไม่สบายใจ เป็นห่วงว่าผู้ป่วยจะได้รับความทรมานจากความหิวและตายจากการอดอาหาร แม้แต่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์บางคนก็เข้าใจเช่นเดียวกัน ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง จากการศึกษาพบว่า อาการเบื่ออาหารในช่วงนี้เป็นเรื่องปกติที่จะต้องเกิดขึ้น ผู้ป่วยมิได้มีความหิวอย่างที่ผู้อื่นคิด การฝืนให้อาหารมีผลเสียหลายประการ เช่น เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาจสำลักอาหารจนเกิดอันตรายได้ ถ้าผู้ป่วยมีความอยากอาหาร ผู้ป่วยจะยอมกินเองโดยไม่ต้องคะยั้นคะยอ อาการที่บอกถึงการต่อต้านไม่อยากกินอาหาร คือ การกัดฟันไม่ยอมให้ป้อนอาหาร นอกจากนั้นจากการศึกษายังพบว่าความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย เพราะทำให้มีสารคีโตน (ketone) ในร่างกายเพิ่มขึ้น สารคีโตนจะทำให้ความเจ็บปวดบรรเทาลง และผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นได้ แพทย์ควรชี้แจงให้ญาติทราบถึงผลเสียจากการฝืนให้อาหาร และหาวิธีการดูแลอย่างอื่นที่ญาติสามารถทำให้ผู้ป่วยได้

## • การดื่มน้ำ

ผู้ใกล้ตายจะดื่มน้ำน้อยลงหรืองดดื่มเลย ภาวะขาดน้ำที่เกิดขึ้นในช่วงสุดท้ายใกล้ตายไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ตรงกันข้ามกลับกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน (endorphin) ซึ่งทำให้รู้สึกสบายขึ้น ฉะนั้นจึงไม่ควรฝืนให้ผู้ใกล้ตายต้องดื่มน้ำ

## • การดูแลเย็บของอวัยวะต่างๆ

แพทย์ควรต้องให้ผู้ดูแลผู้ป่วยหมั่นทำความสะอาด และรักษาความชื้นของปาก ริมฝีปาก จมูก และตาไว้ โดยอาจใช้สาลีหรือผ้าสะอาดชุบน้ำแตะที่ปาก ริมฝีปาก จมูก สำหรับริมฝีปากอาจใช้สาร

หล่อลื่นทาเคลือบไว้ เช่น petroleum jelly เพื่อป้องกันริมฝีปากไม่ให้แห้งหรือแตก แต่ไม่ควรใช้สารที่ระคายเคืองหรือยิ่งทำให้แห้งมากขึ้น เช่น สารหล่อลื่นที่มีน้ำหอม หรือ glycerin เป็นส่วนประกอบ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถหลับตาได้ ให้ใช้เจลหล่อลื่นตา (ophthalmic lubricant gel) ป้ายตาทุก 3-4 ชั่วโมง หรือหยอดน้ำตาเทียมหรือน้ำเกลือนอร์มัลทุก 15-30 นาที

## • การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด

ในช่วงสุดท้ายใกล้ตาย ผู้ป่วยกินอาหารและดื่มน้ำลดลง เกิดภาวะขาดสารน้ำ cardiac output ลดลง ทำให้เลือดมาเลี้ยงอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆ ไม่ดี เกิดภาวะช็อก ชีพจรเต้นเร็ว ตัวเย็น เป็นจ้ำตามตัว มี peripheral และ central cyanosis ปริมาณปัสสาวะลดลงจนไม่มีปัสสาวะ ซึ่งเป็นสิ่งที่คาดหวังได้ว่าต้องเกิดขึ้นในที่สุด ในระยะนี้การให้สารน้ำจะไม่ได้ประโยชน์และไม่ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น แต่อาจกลับเป็นผลเสียได้

## • การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท

ในช่วงใกล้ตาย มีเหตุปัจจัยให้ระบบประสาททำงานผิดปกติหลายประการ ผลที่เกิดขึ้นแสดงออกได้ 2 รูปแบบที่เรียกว่า “2 roads to death” ตามที่ได้มีผู้รายงานไว้<sup>6</sup> รูปแบบแรกเรียกว่า “usual road” เป็นรูปแบบที่พบเป็นส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวน้อยลงเป็นลำดับจนหมดสติไม่รู้ตัวและตายในที่สุด อีกรูปแบบหนึ่งเรียกว่า “difficult road” ผู้ป่วยจะมีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่ายมาก มี delirium โดยอาจมี myoclonic jerks ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ และในที่สุดไม่รู้สึกรู้สีกตัวและตาย โดยอาจมี focal หรือ grand mal seizure เกิดขึ้นร่วมด้วยได้

ในกรณีที่เห็นรูปแบบแรก ผู้ใกล้ตายจะรู้สึกง่วงและอาจนอนหลับตลอดเวลา ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยได้หลับ ไม่ควรพยายามปลุกให้ตื่น

ข้อสำคัญที่ควรทราบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในช่วงนี้ คือ การที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกลัว ไม่ได้หมายถึงว่าไม่สามารถรับรู้หรือไม่ได้ยินสิ่งที่ผู้อื่นพูด เพราะความสามารถในการได้ยินและการรับรู้อาจยังคงมีอยู่ แต่ไม่สามารถสื่อสารหรือโต้ตอบได้ ทีมผู้รักษาและญาติมิตรที่มาเยี่ยมควรระมัดระวังการพูดคุยข้างเตียงผู้ป่วย ไม่ควรพูดคุยในเรื่องที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจหรือวิตกกังวล และควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกลัวตัวเสมือนกับเป็นผู้ที่มีความรู้สึกลัวตัว รวมทั้งการพูดคุยกับผู้ป่วยให้เกิดความสบายใจ และควรสื่อสารด้วยการสัมผัส เช่น จับมือผู้ป่วย เพื่อให้รู้สึกลัวว่ามีคนใส่ใจดูแลอยู่ใกล้ ๆ มิได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ซึ่งเป็นความต้องการของผู้ใกล้ตายส่วนใหญ่ แพทย์ควรต้องให้ออกาสญาติอยู่กับผู้ป่วยในระยะนี้อย่างเต็มที่ พร้อมทั้งแนะนำวิธีการสื่อสารและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยดังกล่าวแล้ว และให้ญาติได้บอกกล่าวกับผู้ป่วยในสิ่งที่ต้องการจะบอก หรือแสดงความรักความห่วงใยให้ผู้ป่วยทราบ

ผู้ที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ใกล้ตายมีประสบการณ์ตรงกันว่าผู้ป่วยบางคนรอคอยให้ญาติหรือผู้เป็นที่รักอนุญาตให้ตายได้ ถ้าเป็นเช่นนี้ก็ควรแนะนำญาติให้บอกกับผู้ป่วยให้คลายกังวล และไม่ต้องเป็นห่วงผู้ที่อยู่ข้างหลัง และยอมรับในสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น หากญาติพยายามดิ้นรนให้ผู้ป่วยต้องสู้และอยู่ต่อ ผู้ป่วยจะเครียดมาก ทำให้จิตใจไม่สงบและตายด้วยความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยบางรายถึงกับขอร้องผู้ดูแลรักษาให้ช่วยบอกญาติของตนให้อนุญาตให้ตนเองตาย

#### • Terminal delirium

ผู้ป่วยที่มี delirium มักแสดงออกด้วยอาการสับสน กระสับกระส่าย ทูรนต์ราย โดยอาจมีหรือไม่มี การเปลี่ยนเวลากลางวันให้เป็นกลางคืน และกลางคืนเป็นกลางวัน อาการเหล่านี้เป็นอาการเบื้องต้นของการตายแบบ “difficult road” อย่างไรก็ตามแพทย์ควรตรวจสอบให้แน่นอนก่อนเสมอว่า delirium ที่เกิดขึ้นเป็นอาการในระยะท้ายจริง

หรือไม่ หากมิใช่ต้องหาสาเหตุและให้การรักษาที่ถูกต้อง หากใช้ต้องอธิบายให้ญาติเข้าใจ และให้การรักษาระดับอาการ มิฉะนั้นญาติจะไม่สบายใจและเกิดความหวาดวิตก จนกระทั่งเกิดความกลัวว่าตนเองจะตายในลักษณะเดียวกัน

ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจะร้องครวญคราง หรือมีหน้าตาบิดเบี้ยว ทำให้ผู้พบเห็นโดยเฉพาะญาติเข้าใจผิดว่ามีความเจ็บปวดอย่างรุนแรง แต่การร้องครวญคราง หรือมีหน้าตาบิดเบี้ยวนี้ อาจไม่ได้เกิดจากความเจ็บปวดเสมอไป หากเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ซึ่งระงับได้ด้วยยาในกลุ่ม benzodiazepines หรือ neuroleptic medications คือ chlorpromazine การเลือกชนิดและขนาดยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ ในกรณีที่จะใช้ยาในกลุ่ม opioids เพื่อทดสอบว่าการร้องครวญคราง หรือการมีหน้าตาบิดเบี้ยว นั้นเกิดจากความเจ็บปวดหรือไม่ ต้องให้ยาอย่างระมัดระวัง เพราะในช่วงสุดท้ายใกล้ตายนี้ การทำงานของระบบต่างๆ ไม่เป็นไปตามปกติ อาจมีการสะสมของยาในร่างกาย ทำให้อาการ delirium รุนแรงขึ้นได้

#### • การหายใจ

การหายใจจะมีการเปลี่ยนแปลงด้วยเช่นกัน ในบางครั้งจะดูเหมือนหายใจไม่ออก ซึ่งมักทำให้ญาติเกิดความตื่นตระหนกและทนดูทนเห็นไม่ได้ เพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะได้รับ ความทรมานและอึดอัดจากการขาดออกซิเจน แต่ในความเป็นจริง ผู้ใกล้ตายมิได้รู้สึกลัวอย่างที่ญาติเข้าใจ และการให้ออกซิเจนก็มิได้มีประโยชน์เพิ่มขึ้น

#### • การกลืน

ความสามารถในการกลืนจะเสียไป โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกลัวตัว ทำให้มีน้ำลายและสิ่งคัดหลั่งจาก oropharynx คั่งค้าง เกิดเสียงดังเวลาหายใจเข้าออก บางครั้งเหมือนเสียงสำลัก เรียกว่า “death

rattle” ซึ่งจะทำให้ญาติเกิดความตื่นตระหนกและทนไม่ได้ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถกลืนได้ ต้องหยุดให้อาหารและน้ำทางปาก และควรให้ยาลดเสมหะ เช่น scopolamine หรือ glycopyrrolate เพื่อลดการหลั่งน้ำลายและสารคัดหลั่งจาก oropharynx นอกจากนั้นอาจทำ postural drainage แต่ไม่ควรใช้เครื่องดูดเสมหะ เพราะนอกจากไม่ได้ผลแล้วยังทำให้ผู้ป่วยระคายเคืองและไม่สงบ กับทั้งทำให้ญาติไม่สบายใจอีกด้วย

#### • การทำงานของหูรูด (sphincter)

การทำงานของหูรูดจะเสียไป ทำให้กลืนอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ อาการเหล่านี้จะเพิ่มความวิตกกังวลให้ญาติมาก แพทย์ควรต้องอธิบายให้ญาติเข้าใจตั้งแต่แรก และให้การดูแลรักษาผิวหนังให้สะอาด ถ้าไม่จำเป็นไม่ควรต้องคาสายสวนปัสสาวะ เพราะเมื่อถึงระยะนี้แล้วปริมาณปัสสาวะจะน้อยมาก

#### • ความเจ็บปวด

คนทั่วไปมักเข้าใจว่าความเจ็บปวดจะเพิ่มขึ้นเมื่อใกล้ตาย แต่ยังไม่เคยมีหลักฐานยืนยัน ในระยะนี้อาจแยกอาการที่เกิดจากความเจ็บปวดกับอาการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสมองยาก เพราะมักคล้ายกัน คือ ร้องครวญครางและหน้าตาบูดเบี้ยว ในบางครั้งความเจ็บปวดอาจแสดงออกโดยมีชีพจรเร็ว หากแยกไม่ได้ว่าอาการนั้นๆ เกิดจากความเจ็บปวดหรือไม่ อาจให้มอร์ฟีน แต่ต้องระมัดระวังในการให้ เพราะอาจมีการสะสมของ metabolite ของยา ซึ่งยังมีฤทธิ์เหมือนมอร์ฟีนอยู่ เนื่องจากตับและไตมักทำงานน้อยลง ยาอื่นที่ใช้ได้ คือ fentanyl หรือ hydromorphone ซึ่ง metabolite หมดฤทธิ์แล้ว

#### • การให้ยา

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต แพทย์ควรพบทนายที่ได้ รับ และลดยาให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็นสำหรับการรักษาตามอาการเท่านั้น คือ ความปวด อาการหายใจขัด เสมหะมาก terminal delirium และอาการชัก ในการรักษาควรเลือกวิธีการบริหารยาที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดน้อยที่สุด วิธีที่แนะนำคือ การให้ยาทางปาก สำหรับการให้ยาทางใต้ผิวหนังหรือเข้าหลอดเลือดดำจะกระทำเมื่อจำเป็นจริง ๆ เท่านั้น ส่วนการให้ยาเข้ากล้ามเนื้อไม่ควรปฏิบัติ

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยาและวิธีการปฏิบัติต่อผู้ใกล้ตายในช่วงท้ายของชีวิตนี้แตกต่างจากช่วงอื่นมาก แพทย์และทีมให้การรักษาคงจำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจ จึงจะสามารถให้การรักษาที่เหมาะสม และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิตนี้ได้ ขณะเดียวกันแพทย์ต้องตระหนักว่าคนทั่วไปซึ่งเป็นญาติมิตรไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเหล่านี้ โดยเฉพาะในเรื่องอาหารและน้ำ จึงเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องอธิบายและชี้แจงให้ญาติเข้าใจอย่างดี เกี่ยวกับอาการต่างๆ ทุกๆ อย่างที่เกิดขึ้นและวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม รวมทั้งเหตุผลที่ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยเช่นนั้น เพื่อญาติจะได้คลายกังวลและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ โดยแพทย์ควรแนะนำทางเลือกอื่นที่ญาติยังสามารถทำให้ผู้ป่วยได้ ซึ่งจะ ทำให้ญาติเกิดความรู้สึกดีที่มีโอกาสช่วยเหลือดูแลผู้ที่ตนรัก รู้สึกว่าตนเองเป็นประโยชน์และมีคุณค่า อันจะนำไปสู่ความรู้สึกและความสัมพันธ์ที่ดีต่อแพทย์ และไม่ก่อให้เกิดปัญหาและความไม่พอใจในวิธีการรักษาที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง

## ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychological และ spiritual)

เมื่อทราบว่าตนเองป่วยหนักและอยู่ในระยะท้ายของโรค คนทั่วไปจะเกิดปฏิกิริยาและอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ดังนี้ เริ่มด้วยการปฏิเสธ (denial) ตามมาด้วยความโกรธ (anger) การต่อรอง (bargaining) ความซึมเศร้า (depression) การยอมรับ (acceptance)<sup>7,8</sup> ปฏิกิริยาและอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ อาจเกิดขึ้นก่อนหลังต่างกันในแต่ละคน และอาจเกิดกลับไปกลับมาได้ แต่ส่วนใหญ่มักเริ่มด้วยการปฏิเสธ และลงท้ายด้วยการยอมรับ

เมื่อได้รับแจ้งข่าวร้าย ผู้ป่วยมักปฏิเสธด้วยการพยายามทำงานเสมือนหนึ่งยังสบายดีและแข็งแรง หรือมีเจ้านักพยาบาลคนใหม่คนแล้วคนเล่าด้วยความหวังว่าการวินิจฉัยที่ได้รับจะผิด หรือปิดบังไม่ให้ครอบครัวทราบความจริง

เมื่อพบว่าข่าวร้ายนั้นเป็นจริง ก็เกิดเกิดความโกรธ มักเกิดคำถามว่า ทำไมต้องเป็นฉัน ทำไมไม่เกิดกับคนอื่น และอาจน้อยใจในโชคชะตา เป็นต้น ในช่วงนี้แพทย์ควรให้ความช่วยเหลือโดยพยายามเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย และไม่ควรถามความเห็นที่ผู้ป่วยทำถูกหรือไม่ ดีหรือไม่ แต่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก การช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะนี้ไปได้ ส่วนการต่อรองนั้นแสดงออกได้ในรูปแบบต่างๆ สำหรับผู้ที่นับถือพระเจ้าก็มักต่อรองกับพระเจ้า ส่วนคนไทยก็มักบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ แล้วแก้บนภายหลัง เป็นต้น

ในช่วงซึมเศร้าผู้ป่วยมักคร่ำครวญถึงความสูญเสียที่เกิดขึ้นในอดีตนอกจากนั้นจะขาดความสนใจโลกภายนอก ความสนใจคนและเรื่องต่างๆ ลดลง ไม่อยากพบปะใคร ถ้ายอมให้ผู้ป่วยซึมเศร้าได้

และมีการยึดชีวิตต่อไปอย่างไม่เหมาะสม รวมทั้งญาติเข้าใจและยอมให้ผู้ป่วยจากไปได้ ผู้ป่วยจะตายได้อย่างสงบ ช่วงหลังนี้คือ ช่วงการยอมรับของญาติและผู้ป่วย

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า เมื่อกายป่วยใจจะป่วยด้วยเสมอ และใจมักป่วยมากกว่ากายเสียอีก ยิ่งคนที่ป่วยหนักใกล้ตายด้วยแล้ว ใจก็ยิ่งป่วยหนัก การศึกษาต่างๆ พบว่า สิ่งที่ทำให้คนใกล้ตายกลัวที่สุด คือ การถูกทอดทิ้ง การถูกโดดเดี่ยว และสิ่งที่คนใกล้ตายต้องการ คือ ใครสักคนที่เข้าใจและอยู่เคียงข้างเมื่อต้องการ แต่คนแต่ละคนก็อาจมีความรู้สึกและความต้องการต่างกันไป ขึ้นอยู่กับพื้นฐานความรู้ วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ทศนคติ และสิ่งแวดล้อม บางคนกลัวความตาย บางคนกลัวความเจ็บปวดและความทรมานที่เกิดขึ้นก่อนตายมากกว่าความตาย แพทย์จึงต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติแต่ละคนในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เพื่อจะได้สามารถให้การดูแลประคับประคองใจที่เหมาะสมและได้ผล

## ความรู้เกี่ยวกับการตาย

ปัจจุบันมีความสนใจเรื่องความตายมากขึ้น แม้แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ในยุคก่อนไม่เคยสนใจเรื่องความตายเลย และถือเป็นสิ่งต้องห้ามที่ไม่ควรพูดถึง ก็ได้ให้ความสนใจและมีการศึกษาเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพราะความตายได้กลายเป็นปัญหาสังคมขึ้นดังกล่าวแล้ว คนส่วนใหญ่ทั่วโลกตายกับสายระโยงระยางที่เข้าออกจากร่างกาย และเครื่องมืออุปกรณ์ที่อยู่รอบตัว ญาติพี่น้องมักไม่ได้รับอนุญาตให้อยู่ด้วย ผู้ป่วยจึงตายอย่างโดดเดี่ยวและอย่างไม่สงบ หรือที่เรียกว่า “หลง



ตาย” ในทศวรรษที่ผ่านมาได้มีความพยายามของหลายฝ่ายที่จะแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการตายในซีกโลกตะวันตก และมีความพยายามให้คำจำกัดความของการ “ตายดี” ในปีค.ศ. 1997 Institute of Medicine ในประเทศสหรัฐอเมริกา ให้คำจำกัดความของการตายดีไว้ว่า “การตายดี (good death) คือ การตายที่ปลอดจากความทุกข์ทรมานที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้การรักษา และโดยทั่วไปควรเป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ บนพื้นฐานของการรักษาทางการแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรม ที่ได้มาตรฐานและดีงาม”

ส่วน “การตายดี” ในแง่ของพุทธศาสนานั้น ท่านเจ้าคุณธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต) ได้เขียนไว้ในหนังสือการแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์ เรื่อง ช่วยให้ตายเร็ว หรือช่วยให้ตายช้า<sup>๑</sup> ว่า

“ในคัมภีร์พุทธศาสนา พูดถึงอยู่เสมอว่า อย่างไรก็ตามเป็นการตายที่ดี ท่านมักใช้คำสั้นๆ ว่า “มีสติ ไม่หลงตาย” และ “ที่ว่าตายดีนั้น ไม่ใช่เฉพาะตายแล้วจะไปสู่สุคติเท่านั้น แต่ขณะที่ตายก็เป็นจุดสำคัญ ที่ว่าต้องมีจิตใจที่ดี คือ มีสติ ไม่หลงตาย”

“ที่ว่าไม่หลงตาย คือ มีจิตใจไม่พินเพื่อน ไม่เศร้าหมอง ไม่ขุ่นมัว จิตใจดีงาม ผ่องใส เบิกบาน จิตใจนึกถึงหรือเกาะเกี่ยวอยู่กับสิ่งที่ดี จึงมีประเพณีที่จะให้ผู้ตายได้ยินได้ฟังสิ่งที่ดีงาม เช่น บทสวดมนต์ หรือคำกล่าวเกี่ยวกับพุทธคุณ อย่างที่ใช้คำว่า “บอกอรหัง” ก็เป็นคติที่รู้ว่าเป็นการบอกสิ่งสำหรับยึดเหนี่ยวในทางใจ ให้แก่ผู้ที่กำลังป่วยหนักในชั้นสุดท้าย ให้จิตใจเกาะเกี่ยวยึดเหนี่ยวอยู่กับพระรัตนตรัย เรื่องบุญกุศล หรือเรื่องที่ได้ทำความดีมา เป็นต้น”

“อย่างไรก็ตาม ยังมีการตายที่ดีกว่านั้นอีก คือ ให้เป็นการตายที่ใจมีความรู้ หมายถึงความรู้เท่าทันชีวิต จนกระทั่งยอมรับความจริงของความตาย หรือความเป็นอนิจจังได้ เพียงแค่รู้ว่าคนที่จะตายมีจิต

ยึดเหนี่ยวอยู่กับบุญกุศลความดี ก็นับว่าดีแล้ว แต่ถ้าเป็นจิตใจที่มีความรู้เท่าทัน จิตใจนั้นก็มีความสว่าง ไม่เกาะเกี่ยว ไม่มีความยึดติด เป็นจิตใจที่โปร่งโล่งเป็นอิสระแท้จริง ชั้นนี้แหละถือว่าดีที่สุด”

นอกจากนั้น ท่านเจ้าคุณธรรมปิฎกยังได้แทรกคติทางพุทธเกี่ยวกับจิตตอนที่ตายว่า “เมื่อจิตเศร้าหมองแล้ว ก็เป็นอันหวังทุกคิดได้ และเมื่อจิตไม่เศร้าหมองแล้ว สุคติก็เป็นอันหวังได้”

จากความหมายของการตายดี และคติทางพุทธเกี่ยวกับจิตตอนที่ตาย ทำให้เห็นความสำคัญของการมีจิตที่สงบและไม่ยึดติดขณะที่ตาย ความรู้นี้เป็นประโยชน์ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ใกล้ตายด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งศาสนาต่างๆ ล้วนให้ความสำคัญต่อจิตใจเมื่อใกล้ตายเช่นเดียวกัน โดยพระหรือบาทหลวงจะมาเยี่ยมและปลอบขวัญผู้ที่ป่วยหนักในโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้คนตายได้ตายด้วยจิตอันสงบ ซึ่งถือว่าการตายที่ดี จะเห็นว่าความหมายของการตายดีในแง่มุมมองของศาสนาต่าง ๆ นั้น มีความลุ่มลึกและลึกซึ้งกว่าความหมายด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ทางตะวันตก และกำลังได้รับความสนใจจากวงการแพทย์และคนทั่วไป นอกจากนี้ ทางพุทธศาสนายังถือว่าชีวิตคนมีโอกาสตลอดเวลาจนถึงวาระสุดท้าย<sup>๒</sup> กล่าวคือ แม้ถึงวาระสุดท้าย มนุษย์ก็ยังไม่หมดโอกาสที่จะได้สิ่งดีที่สุดในชีวิต หากบุคคลผู้นั้นมีปัญญาารู้เท่าทันชีวิต และบรรลุนิพพานในขณะจิตสุดท้ายตอนจะดับ

## ขอบข่ายและขอบเขตงานในการดูแลรักษาผู้ใกล้ตาย

### 1. ดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าวแล้วข้างต้น

### 2. ดูแลรักษาใจที่ป่วย

ให้การประคับประคองใจผู้ใกล้ตายและญาติ ให้คำแนะนำแก่ญาติในการดูแลด้านจิตใจของผู้ใกล้ตาย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสภาพจิตใจของผู้ใกล้ตาย และให้ญาติได้มีโอกาสอยู่ใกล้ชิด ถ้าอยู่ในโรงพยาบาลก็ควรอนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมและอยู่กับผู้ใกล้ตายได้ ขณะเดียวกันก็ควรประสานงานกับบุคลากรอื่นที่อยู่ร่วมกันในทีมที่ให้การรักษามีความเข้าใจตรงกันด้วย

### 3. ดูแลผู้ใกล้ตายให้ “ตายดี” และ “ตายเป็น”

แพทย์มีบทบาทสำคัญมากในส่วนนี้ เพราะเป็นผู้ที่รู้จักผู้ป่วยอย่างดีทั้งในเรื่องเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค และจิตใจ ตลอดจนต้องเป็นผู้นำทีมที่ให้การรักษา ฉะนั้น เมื่อแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับชีวิตและการตาย ก็จะเป็นผู้ทำงานนี้ได้ดี ในการช่วยเหลือผู้ใกล้ตายให้ “ตายดี” และ “ตายเป็น” นั้น ท่าที ท่าทางและบทบาทของผู้ให้การรักษามีความสำคัญมาก

**ท่าที ท่าทาง และบทบาทของผู้ให้การรักษาที่พึงมี<sup>10</sup> มีดังนี้**

- ทำตัวตามสบาย เป็นตัวของตัวเอง ผ่อนคลาย และเปิดใจ
- สร้างความไว้วางใจ ความเชื่อมั่นและศรัทธา ซึ่งจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีความห่วงใยและอยากช่วยเหลืออย่างจริงใจและจริงจัง
- ให้ความสนใจและใส่ใจกับผู้ใกล้ตายราวกับว่าไม่มีอะไรอีกแล้วในขณะนั้นที่สำคัญหรือนำท่าที

- สร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยสามารถพูดหรือระบายความในใจได้โดยไม่รู้สึกรำคาญ
- พยายาม “เข้าใจความรู้สึกและความต้องการ” ของผู้ใกล้ตาย และให้ความเห็นอกเห็นใจโดยให้โอกาสผู้ใกล้ตายได้แสดงความรู้สึกและความต้องการ โดยการพูดคุยและเป็นผู้รับฟังที่ดี คือ ฟังอย่างใส่ใจและสนใจ และควรปฏิบัติตามความต้องการของคนใกล้ตาย ซึ่งหมายรวมถึงความต้องการในด้านการรักษา ทั้งนี้ควรต้องประเมินก่อนว่า ความต้องการนั้นเกิดจากการตัดสินใจบนพื้นฐานใด หากเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์ไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริง ก็ควรชะลอการปฏิบัติไว้ก่อน และควรให้การประคับประคองใจจนสบายใจขึ้น กับทั้งให้โอกาสที่ผู้ใกล้ตายจะเปลี่ยนความต้องการและความตั้งใจได้เสมอ
- ช่วยให้ผู้ใกล้ตายได้สัมผัสถึง “พลัง” “ความเชื่อมั่น” และ “ศรัทธา” ของตนเอง
- ช่วยให้ผู้ใกล้ตายมีจิตใจสงบสุข โดยพูดคุยถึงสิ่งดีงามหรือบุญกุศลที่ได้ทำไว้ หรือสิ่งที่ชอบและมีความสุขเมื่อกล่าวถึง หากผู้ป่วยมีความเชื่อหรือนับถือศาสนาใดก็ให้ยึดเหนี่ยวศศานานั้น เพื่อให้จิตสงบ
- มีสติ และตายกับสติ โดยหาสิ่งให้จิตยึดเหนี่ยว ถ้าเป็นผู้เคยปฏิบัติธรรมก็ให้เจริญสติด้วยวิธีที่เคยทำ

ในการดูแลผู้ใกล้ตายดังกล่าว แพทย์จำเป็นต้องมีคุณสมบัติอื่นด้วย ดังนี้ คือ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา ฉันทะ วิริยะ จิตตะ วิมังสา อตถน อตถกัมม มีไหวพริบ ปฏิภาณ และสามัญญสำนึก

#### 4. ดูแลด้านจิตใจของญาติหลังการตาย

ในต่างประเทศ จิตใจของญาติหลังจากผู้ที่เป็นที่รักตายมีปัญหามาก แต่ในประเทศไทย ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม เอื้อให้ญาติมีความอบอุ่นและได้รับการปลอบประโลมใจมากรวมทั้งประเพณีการทำศพ ที่ประกอบด้วยการสวดพระอภิธรรม และมีญาติมิตรมาแสดงความเสียใจ ความเห็นอกเห็นใจ และอยู่เป็นเพื่อนเป็นเวลาหลายวันในช่วงแรกของการตาย เป็นประโยชน์ต่อจิตใจของญาติมาก นอกจากนั้นการอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ก็มีส่วนช่วยมาก วัฒนธรรมดังกล่าวเป็นสิ่งที่ควรช่วยกันอนุรักษ์ไว้ แต่อย่างไรก็ตาม แพทย์หรือบุคลากรในทีมให้การรักษาก็ควรต้องติดตามดูญาติและให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจในกรณีที่มีความจำเป็น

#### 5. ในการดูแลรักษาผู้ใกล้ตาย

แพทย์ยังต้องคำนึงถึงปัญหาทางด้านกฎหมาย ด้านสังคม และเศรษฐานะด้วยเสมอ และจำเป็นต้องทำงานเป็นทีม โดยประสานงานกับบุคลากรฝ่ายต่างๆ ทั้งด้านการแพทย์และด้านอื่นๆ ซึ่งก็สามารถกล่าวได้หมดในที่นี้

### สิ่งที่ควรรู้และประเด็นปัญหาที่มักเกิดขึ้นกับแพทย์ ในการดูแลผู้ใกล้ตาย

#### 1. ผู้ใกล้ตายที่ไม่รู้สึกตัวยังไม่สามารถรับรู้ได้

ปัจจุบันเป็นที่ทราบและยอมรับกันแล้วว่า<sup>11</sup> ผู้ใกล้ตายที่ไม่รู้สึกตัว ยังสามารถรับรู้ได้ และถึงแม้จะไม่สามารถสื่อสารด้วยวิธีพูดคุยได้ แต่ยังสามารถสื่อสารด้วยวิธีการอื่น เช่น พยักหน้า หลับตา ลืมตา หรือ

บีบมือได้ เป็นต้น แพทย์และทีมรักษาควรใช้ความรู้นี้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ใกล้ตาย โดยยังสามารถพูดหรือใช้การสัมผัส เช่น การจับมือ เพื่อให้ผู้ใกล้ตายรู้สึกอบอุ่นและสบายใจ มีจิตใจที่สงบ และช่วยให้ได้ใช้พลังที่มีในตัวเองได้ ขณะเดียวกันเมื่อทราบว่าผู้ใกล้ตายยังรับรู้ได้ ไม่ควรพูดหรือทำให้เกิดความวิตกกังวลและไม่สบายใจ ทั้งยังสามารถแนะนำญาติให้รู้วิธีดูแลประคับประคองใจผู้ใกล้ตายได้อีกด้วย

#### 2. จะบอกหรือไม่บอกความจริงกับผู้ใกล้ตาย

ประเด็น “จะบอกหรือไม่บอกความจริงกับผู้ใกล้ตาย” นี้ เป็นปัญหาของทีมรักษาเกือบทุกคน อันที่จริงแล้วไม่มีกฎตายตัวในเรื่องนี้ แพทย์ต้องคำนึงว่าคนแต่ละคนไม่เหมือนกัน ฉะนั้นจึงต้องรู้จักสภาพจิตใจและความพร้อมของผู้ใกล้ตายและญาติ ถ้ายังไม่พร้อมอาจยังไม่บอกในขณะนั้น แต่ในที่สุดผู้ใกล้ตายและญาติจะเริ่มสงสัย หรือพอรู้บ้างแต่ไม่ชัดเจน หรือไม่แน่ใจ ฉะนั้นเมื่อถึงเวลานั้น แพทย์ไม่ควรปิดบังต่อไป ควรบอกตามจริงอย่างชัดเจนโดยคำนึงถึงจิตใจผู้รับข่าว ในขณะที่บอกควรให้การประคับประคองจิตใจด้วยตลอดเวลา หากแพทย์ยังปิดบังหรือหลีกเลี่ยงหรือบอกไม่ชัดเจน ผู้ใกล้ตายจะมีความวิตกกังวล ว่าวุ่น และสับสนยิ่งขึ้น และจะเสื่อมศรัทธาในตัวแพทย์ ทำให้ความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในตัวแพทย์เสียไป มีผลให้การดูแลรักษายากลำบากขึ้นเป็นทวีคูณ ดังนั้นแพทย์จึงต้องบอกความจริงโดยรู้ว่าควรบอกกับใคร เมื่อใด ที่ใด และอย่างไร ทั้งนี้ควรคำนึงถึงความแตกต่างของวัฒนธรรม ความเชื่อ ความเข้าใจ ความต้องการ ในการให้ข้อมูลและการดูแลรักษา

#### 3. จะบอกอะไรและอย่างไร

สิ่งที่แพทย์จะต้องบอกผู้ใกล้ตายและญาติ คือ ความรุนแรงของโรคพร้อมกับให้ความหวังตามจริง และให้ผู้ใกล้ตายและญาติ

ทราบและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา มิใช่บอกว่าจะต้องตาย และตายเมื่อใด ซึ่งในความเป็นจริงไม่มีใครสามารถบอกเวลาตายอย่าง ถูกต้องแม่นยำได้ แต่หากผู้ใกล้ตายและญาติกลัวหรือถามถึงเรื่อง ตาย แพทย์ก็ไม่ควรหลีกเลี่ยงหรือเปลี่ยนเรื่อง เพราะจะทำให้ผู้ใกล้ตาย และญาติเกิดความสงสัยและวิตกกังวล และไม่ไว้วางใจแพทย์ แพทย์ ควรถือเป็นโอกาสที่จะได้พูดคุยเกี่ยวกับชีวิตและการตาย ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในขณะนั้น รวมทั้งวิธีการอยู่กับโรคและความ ทุกข์ทรมานที่มีอยู่ โดยให้ความมั่นใจกับผู้ใกล้ตายและญาติว่าจะได้รับการ รักษาดูแลอย่างเต็มที่และใกล้ชิด ให้ความเป็นกันเอง ให้เวลา และ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีจนผู้ใกล้ตายและญาติรู้สึกว่าจะสามารถพูดคุยและ เปิดใจกับแพทย์ได้ แพทย์ควรตระหนักว่า สิ่งที่สำคัญที่สุดในการรักษา ผู้ใกล้ตาย คือ การเข้าใจผู้ใกล้ตายและญาติ และการช่วยให้ผู้ใกล้ตาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ซึ่งนอกจากทำให้ผู้ใกล้ตาย และญาติมีความสงบสุขแล้ว ยังมีผลทำให้การตายที่จะเกิดขึ้นเป็นการ ตายอย่างสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมานอีกด้วย

#### 4. ใครควรเป็นผู้บอกความจริง

ในบางครั้งจะเกิดปัญหาว่าใครควรเป็นผู้บอก การปฏิบัติที่เป็นสากล คือ แพทย์ต้องเป็นผู้บอก ถือเป็นหน้าที่ของแพทย์เจ้าของไข้ โดยตรง หากแพทย์ไม่มีความสามารถที่จะบอกได้ ต้องมอบหมายให้ผู้อื่นบอก แต่ผู้ที่บอกต้องให้ข้อมูลอย่างถูกต้องพร้อมกับการประคับ ประคองใจผู้รับข่าวด้วย

#### 5. แพทย์ควรเตรียมตัวอย่างไรเมื่อจะพูดคุยกับผู้ใกล้ตาย

ในการพูดคุยกับผู้ใกล้ตายนั้น แพทย์ไม่สามารถเตรียมคำพูดไว้ล่วงหน้าได้เสมอ เพราะขึ้นกับผู้ใกล้ตายว่าต้องการพูดคุยเรื่องใด

แพทย์ก็ต้องตอบสนองตามนั้น สิ่งที่แพทย์ต้องเตรียม คือ จิตใจที่หนักแน่น มั่นคง มีสติ ทนและไว้ต่ออารมณ์ของตนเองและผู้ใกล้ตาย รวมทั้งมีไหวพริบ ปฏิภาณ และสามัญสำนึก เพื่อจะได้สามารถตั้งรับ และแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งความอึดอัดที่อาจเกิดขึ้นจาก คำถามหรือความปรวนแปรของอารมณ์ของผู้ใกล้ตายและญาติได้

#### 6. การวางแผนเป้าหมาย (goal) ในการดูแลรักษาร่วมกัน<sup>12</sup>

แพทย์ควรร่วมกับผู้ใกล้ตายและญาติวางแผนเป้าหมายในการดูแลรักษาร่วมกัน เป้าหมายในการดูแลรักษามีได้หลายอย่าง ตั้งแต่ การป้องกัน การรักษาโรคให้หายขาด การยืดชีวิตและการช่วยเหลือให้ ตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ทั้งนี้โดยตระหนักว่าไม่มีเป้าหมายใดเป่า หมายหนึ่งที่จะดีมากกว่าอีกอันหนึ่งเสมอไป นอกจากนั้นเป้าหมายอาจ มีพร้อมกันที่เดียวหลายอัน และสามารถเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม การวางแผนเป้าหมายควรทำก่อนวางแผนการรักษา และควรทราบความ ต้องการของผู้ใกล้ตายตั้งแต่ต้นว่ามีความประสงค์จะให้ทำอย่างไรกับ ข้อมูล จะให้ใครเป็นผู้รับข้อมูลและเป็นผู้ตัดสินใจ

แพทย์ต้องมีทักษะเฉพาะในการวางแผนเป้าหมายร่วมกับผู้ใกล้ ตายและญาติ กล่าวคือ ต้องสามารถบอกได้ว่าความหวังที่เป็นไปได้คือ อะไร สามารถปรับเปลี่ยนเรื่องให้เข้ากับวัฒนธรรม ความเชื่อ และ ความต้องการของผู้ป่วย มีทักษะในการบอกการพยากรณ์โรคทั้งที่ไม่มี ความแน่นอน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย กระชับ และชัดเจน กำหนดข้อ จำกัดและสามารถให้การดูแลรักษาแม้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้

หลักการและขั้นตอนในการวางแผนเป้าหมายร่วมกัน ประกอบด้วย

1. จัดสถานที่ สภาพแวดล้อม และผู้ที่จะมีส่วนร่วมในการวางแผนเป้าหมายให้เหมาะสม
2. สืบหาว่าผู้ป่วยและญาติรู้อะไรแล้วบ้าง
3. สืบหาว่าผู้ป่วยและญาติต้องการรู้มากน้อยเท่าใด
4. สืบหาว่าผู้ป่วยและญาติมีความหวังและความคาดหวังอะไร
5. แนะนำเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ตามจริง
6. ให้ความเห็นอกเห็นใจ และพยายามเข้าใจผู้ป่วยและญาติ
7. วางแผนร่วมกัน

นอกจากร่วมกันวางแผนเป้าหมายแล้ว แพทย์ควรช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการลำดับการดูแลรักษาที่เหมาะสมด้วย

ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของอาการ หรือระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ หรือเปลี่ยนวิธีการรักษา หรือผู้ป่วยและญาติเปลี่ยนความต้องการ ก็ควรทบทวนหรือเปลี่ยนเป้าหมายให้เข้ากับสถานการณ์ในขณะนั้นๆ

ถ้าแพทย์ไม่สามารถทำตามที่ผู้ป่วยและญาติต้องการได้ ก็ควรชี้แจงให้ทราบอย่างชัดเจน และหาทางเลือกอื่นให้

## 7. การให้ความหวัง

โดยทั่วไป การให้ความหวังเป็นสิ่งที่แพทย์ทำได้ไม่ยาก แต่ในกรณีของผู้ใกล้ตาย การให้ความหวังเป็นการปฏิบัติที่แพทย์มีความอึดอัดและมีความยากลำบากมากอย่างหนึ่ง เพราะความหวังในมุมมองของแพทย์คือ การรักษาโรคให้หาย หรืออย่างน้อยสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยต่อไป

ไปได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติคาดหวังและต้องการเช่นกัน แต่เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ในช่วงนี้ที่ไม่มีการรักษาใดๆ จะได้ผล และแพทย์ยังต้องให้ความหวังตามจริงอีกด้วย ข้อเสนอแนะในการให้ความหวังในกรณีเช่นนี้ คือ แพทย์ต้องตระหนักว่า ความหวังของแต่ละคนไม่เหมือนกัน และแม้ในคนเดียวก็ยังเปลี่ยนไปตามกาลเวลา หากแพทย์ได้มีปฏิสัมพันธ์และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติตามจริงเป็นระยะๆ ผู้ป่วยและญาติจะทราบและเข้าใจว่าไม่สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยต่อไปได้อีกแล้ว ความหวังของผู้ป่วยและญาติจะเปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งอาจเป็นเพียงการทำให้ไม่ทุกข์ทรมาน หรืออะไรก็ได้ที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจและสงบ หรือเพียงแต่ไม่ถูกทอดทิ้ง หรือได้อยู่กับผู้ป่วยตอนจะสิ้นใจ หรือแม้แต่การช่วยให้ตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ฯลฯ ฉะนั้นหากแพทย์มีทักษะในการสื่อสาร รู้จักจิตใจ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยและญาติ และมีความรู้เกี่ยวกับชีวิตและการดำเนินชีวิต ก็จะสามารถให้ความหวังกับผู้ป่วยและญาติได้อย่างไม่ลำบากใจและได้ผล กับทั้งยังสามารถทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีและเกิดพลังขึ้นในผู้ป่วยและญาติ และแม้แต่ตัวแพทย์เองด้วย

## สรุป

แพทย์มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ใกล้ตาย ทั้งในฐานะผู้ปฏิบัติและผู้นำทีมการรักษา ในการบริหารจัดการและประสานงานกับบุคลากรต่างๆ โดยต้องมีวิจาร์ณญาณและมีความรู้รอบด้าน ไม่เฉพาะด้านวิชาการทางการแพทย์การพยาบาลเท่านั้น การดูแลรักษาผู้ป่วยใกล้ตายเป็นงานที่มีปัญหาเชิงซ้อนที่ละเอียดอ่อน ซึ่งเป็นสิ่งท้าทายแพทย์ในการประกอบเวชปฏิบัติ การดูแลรักษาผู้ป่วยใกล้ตาย จะสำเร็จลุล่วงไปได้ดี เมื่อแพทย์มีจิตใจที่อยากช่วยเหลือ รู้เขารู้เรา และรู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา

แพทย์ควรรีให้ความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยใกล้ตาย เพราะผลการรักษามีอิทธิพลต่อชีวิตและจิตใจของผู้ป่วยและญาติทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะต่อการดำเนินชีวิตต่อไปของผู้เกี่ยวข้องรวมทั้งแพทย์เอง การดูแลรักษาที่ดีและถูกต้องจะทำให้เกิดแรงบันดาลใจและเกิดพลังขึ้นในตัวผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคน

ท้ายสุดนี้ ขอคัดลอกข้อความจากหนังสือ ประตูลู่สู่สภาวะใหม่ ซึ่งพระไพศาล วิศาโล<sup>10</sup> ได้แปลจากหนังสือ The Tibetan Book of Living and Dying โดยท่าน Sogyal Rinpoche มีความว่า

“สิ่งหนึ่งที่ข้าพเจ้าหวังก็คือ หนังสือเล่มนี้จะช่วยให้หมอทั่วโลกตระหนักว่า การอนุญาตให้ผู้ใกล้ตาย ได้จากไปอย่างสงบ และเป็นสุขนั้น เป็นเรื่องสำคัญยิ่ง ข้าพเจ้าใคร่ขอวิงวอนต่อบุคลากรทางการแพทย์ทุกคน และหวังว่าจะช่วยให้เขาเหล่านั้น ค้นพบหนทางในการทำให้ช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อแห่งความตายอันยากลำบากนี้ ผ่านไปอย่างง่ายดาย ไม่เจ็บปวด และสงบเท่าที่จะทำได้

การตายอย่างสงบ เป็นสิทธิมนุษยชนที่สำคัญโดยแท้ อาจสำคัญยิ่งกว่าสิทธิในการลงคะแนนเสียงหรือสิทธิที่จะได้ความยุติธรรมเสียอีก ทุกศาสนาสอนว่า นี่เป็นสิทธิที่มีผลอย่างมากต่อความปกติสุข และอนาคตทางจิตวิญญาณของผู้ใกล้ตาย

“ไม่มีสิ่งประเสริฐใดๆ ที่คุณสามารถจะให้ได้ นอกเหนือจากการช่วยให้บุคคลตายด้วยดี”

## เอกสารอ้างอิง

1. American Board of Internal Medicine. Defining and evaluating physician competence in end-of-life patient care: A matter of awareness and emphasis. *Western J Med* 1995; 163: 297–301.
2. American Board of Internal Medicine. Caring for the dying: Identification and promotion of physician competency. Educational Resource Document 1999.
3. Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. The education of physicians on End-of-life-care (EPEC) curriculum, 1999.
4. Kaye P. Breaking bad news, A 10 step approach. Northampton: EPL Publications; 1996. Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. The education for physicians on End-of-life-care (EPEC) curriculum, Module 12 Last Hours of Living, 1999.
5. Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. The Education for physicians on End-of-life-care (EPEC) curriculum, Module 2 Communicating Bad News, 1999.
6. Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. The Education for physicians on End-of-life-care (EPEC) curriculum, Module 12 Last Hours of Living, 1999.
7. Kubler-Ross E. On death and dying. New York, NY: the Macmillan Company, 1969.
8. Kubler-Ross E. Questions and answers on death and dying. New York, NY : the Macmillan Company, 1974.
9. พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต) การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์ : ช่วยให้คุณตายเร็วหรือช่วยให้ตายช้า. กรุงเทพฯ : ธีระอรุณการพิมพ์, 2542
10. พระไพศาล วิสาโล. ประตูลู่สู่สภาวะใหม่. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2541.
11. Smith R. Lesson from the dying. Boston: Wisdom Publication, 1998.
12. Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. The education for physicians on End-of-life-care (EPEC) curriculum, Module 7 Goals of care, 1999.

